

RIFLESSIONI SULL'ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Giuseppe Tonutti

Presidio Ospedaliero di Tolmezzo e Gemona del Friuli (UD)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Analisi dell'assetto attuale - 3. Le conseguenze di questo assetto - 4. La proposta - 5. Gli ospedali privati - 6. Conclusioni.

1. Introduzione

La sanità del Friuli-Venezia Giulia attraversa una fase nella quale i vari attori non riescono a seguire i cambiamenti dovuti all'aziendalizzazione e a capire le opportunità che la sostanziale ricchezza di strutture fornisce. Si sviluppano così rivalità non proficue nelle quali le disfunzioni dei propri confinanti diventano le molle per rilanciare le proprie attività e risanare il bilancio della propria azienda, nella quale lo sviluppo delle attività scientifiche degli istituti di ricerca vengono viste come penalizzanti in quanto sottraggono risorse agli ospedali vicini e nella quale la presenza di due università non viene vista come una grande possibilità di arricchimento culturale per tutti, ma risulta solo ridondante creando ingiustificati conflitti fra ospedalieri ed universitari.

In questo contesto le aziende soffrono di una situazione economica cronicamente in passivo che porta, troppo spesso, i direttori generali a fare scelte di razionamento delle risorse con conseguente ridimensionamento delle attività, piuttosto che a ricercare con costanza la razionalizzazione dell'organizzazione in modo da poter far fronte a tutta l'attività necessaria al

mantenimento o al miglioramento della salute della popolazione.

Nel tentativo di affrontare il problema, ritengo utile fare alcune riflessioni e proporre un nuovo assetto istituzionale ed organizzativo della sanità della regione che porti a delle sinergie tali da superare la situazione attuale. Per far questo seguo un percorso che inizia con l'analisi dell'assetto istituzionale ed organizzativo attuale con le conseguenze che da esso derivano per poi proseguire con la descrizione di una proposta nella quale credo fermamente.

2. Analisi dell'assetto attuale

Il Friuli-Venezia Giulia è una regione che conta su una popolazione di poco inferiore a 1.200.000 abitanti distribuiti su una superficie di 7845 Km². per circa il 45% occupato da territorio montano a bassa concentrazione di abitanti. L'attuale assetto delle aziende della sanità regionale è definito dalle leggi regionali 12/94 e 13/95 e dai successivi Piani di intervento a medio termine nelle quali vengono individuate le aziende territoriali, gli ospedali, gli istituti di ricerca a carattere scientifico ed i policlinici universitari.

Alla fine dei conti, esaminando quanto contenuto nei vari momenti pianificatori il risultato è quello di avere, in aggiunta all'Agenzia regionale della sanità, 13 aziende o enti così ripartite:

- a) 6 aziende territoriali:
 - 1 per la provincia di Trieste non dotata di presidi ospedalieri;
 - 1 per la provincia di Gorizia dotata di presidi ospedalieri;
 - 3 per la provincia di Udine ciascuna comprendente presidi ospedalieri;
 - 1 per la provincia di Pordenone comprendente presidi ospedalieri;
- b) 3 aziende ospedaliere:
 - 1 per gli ospedali riuniti di Trieste;
 - 1 per l'ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine;
 - 1 per l'ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone;
- c) 1 policlinico universitario a gestione diretta a Udine;
- d) 3 istituti di ricerca a carattere scientifico:
 - 1 è l'ospedale infantile Burlo Garofolo di Trieste;
 - 1 è il Centro di riferimento oncologico di Aviano;
 - 1 è l'ospedale Nostra Famiglia di San Vito.

Da una prima lettura appare evidente una sproporzione enorme nel rapporto fra numero di aziende o enti e popolazione servita; questa frammentazione, a mio parere, aumenta la complessità nell'organizzazione e nei rapporti fra i vari attori, soprattutto quando aziende strettamente confinanti fra loro sono deputate a fare cose simili se non addirittura uguali. È evidente che da questo tipo di assetto istituzionale derivano delle stranezze nel sistema che portano a delle conseguenze nella gestione delle singole aziende.

3. Le conseguenze di questo assetto

Per una attenta analisi delle conseguenze che questo tipo di pianificazione comporta è opportuno fare alcune distinzioni in quanto sono diversi i problemi che emergono a seconda del tipo di azienda interessata o che sono determinati dalla numerosità delle aziende stesse.

In particolare intendo esaminare i problemi:

- a) di aziende territoriali con presidi ospedalieri
- b) di aziende del polo ospedaliero ed universitario di Udine
- c) di aziende ospedaliere che insistono in aziende territoriali dotate di presidi ospedalieri
- d) dovuti alla numerosità delle aziende

Le aziende territoriali con presidi ospedalieri vivono, spesso senza rendersene conto, la dicotomia determinata dal fatto di essere sia pagatori che erogatori di prestazioni; questo si traduce in una serie di atteggiamenti che, a mio parere, condizionano la gestione dell'azienda con la conseguenza di non fornire ai cittadini il servizio atteso.

Le Direzioni generali, infatti, sono inesorabilmente distratte dai problemi degli ospedali che non sono a norma, che costano troppo, che richiedono

tempo ed energie, che vengono sempre prima del dipartimento di prevenzione, dei distretti, del servizio per le tossicodipendenze e del dipartimento di salute mentale. La conseguenza è il mancato o comunque ritardato sviluppo del territorio, perché non ci sono soldi per le residenze socio-assistenziali, per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, per fare tutti i programmi di prevenzione utili alla comunità e mancano le energie per un reale governo dello stesso, sia in termini di servizio offerto che di controllo sulle prestazioni richieste agli ospedali. Per le aziende territoriali più sfortunate, inoltre, le Direzioni generali devono fare i conti con i costi della fuga, determinati dalla scarsa fiducia dei cittadini per i propri presidi ospedalieri, accompagnati dalla necessità, a volte non così necessaria alla salute dei cittadini, di tenere comunque aperte le strutture.

Uno degli obiettivi più pressanti per le aziende territoriali, pertanto, è diventato quello di abbattere o tenere sotto controllo la fuga o comunque di aumentare l'attrazione mettendo di fatto in crisi le aziende confinanti. Si è venuta a creare, così, una malsana competizione visto che il risultato è solo quello di sottrarre risorse ai territori confinanti per poter sviluppare il proprio. Per ottenere il risultato vengono prese iniziative quali l'ampliamento, a volte a dismisura, dell'offerta ambulatoriale ai confini del territorio dell'azienda oppure il coinvolgimento dei medici di medicina generale, anche con utilizzo di quote incentivanti, affinché indirizzino i propri pazienti verso le strutture dell'azienda prescindendo dai convincimenti che ognuno si è fatto sulla bontà delle stesse rispetto ad altre.

Accanto a queste distrazioni che di fatto impediscono lo sviluppo governato del territorio, il sistema introduce un principio pericoloso quale il danno

economico che un'azienda sana avrebbe nel momento in cui decidesse di abbattere le liste d'attesa per i propri cittadini; in questo caso, infatti, l'azienda territoriale pagherebbe se stessa in quanto anche erogatore della prestazione sostenendo, così, i costi delle prestazioni stesse, senza vedere alcun introito. La conseguenza è che è economicamente più vantaggioso effettuare una prestazione per un non residente piuttosto che abbattere le liste d'attesa per i propri cittadini. Da qui la necessità, da parte dell'Agenzia regionale della sanità, di introdurre regole che impediscano l'eccessivo ricorso ad alcune strutture rispetto ad altre e limitare lo sbilanciamento economico fra le aziende dovuto al sistema fuga-attrazione. Il risultato finale è che alla non convenienza a curare i propri cittadini si è aggiunta la non convenienza ad attrarre oltre un certo limite.

Lo stesso meccanismo impedisce di fatto lo sviluppo della libera professione in costanza di ricovero, in quanto la tariffa pagata dal cittadino viene ad essere l'unico introito per l'erogatore della prestazione per far fronte ai costi; è evidente che, in tale contesto, non ci può essere da parte dell'azienda un reale interesse a sviluppare questo tipo di attività a meno che il cittadino non si accoli una quota rilevante della tariffa del DRG per il quale ha richiesto la prestazione.

Alla fine chi non è soddisfatto è il cittadino che non vede ridursi le liste d'attesa, non nota uno sviluppo soddisfacente delle attività territoriali e vede contrastato il principio di libera scelta della struttura alla quale chiedere la prestazione. Tutto questo in un contesto di sostanziale non presa di coscienza da parte degli ospedali della situazione economica in caso di semplice pagamento a tariffa delle prestazioni erogate e della conseguente necessità di rientro dei costi di gestione.

Le aziende del polo ospedaliero ed universitario di Udine sono due e dovrebbero organizzarsi assieme secondo accordi interaziendali. In realtà è inevitabile la lotta di interessi con impossibilità di organizzare in maniera integrata le due strutture. Quello che è evidente agli occhi di tutti è la duplicazione di specialità e discipline oggettivamente non giustificabili per il bacino d'utenza di riferimento. La litigiosità fra le due aziende continua ad aumentare in quanto la mancanza di un'integrazione vera porta l'ospedale a sentirsi progressivamente depauperato di strutture, spazi e funzioni, a vantaggio del policlinico universitario che d'altra parte non è riuscito ancora a svilupparsi completamente e si trova disperso in più sedi, anche molto distanti fra loro, con tutti i problemi organizzativi che ne possono derivare.

I dipartimenti, già difficili da organizzare all'interno di un'unica azienda, dovrebbero essere interaziendali e la stessa struttura del nuovo ospedale dovrebbe essere unica per le due aziende. In realtà i dipartimenti interaziendali sono soltanto degli accordi indirizzati alla spartizione delle funzioni, non contengono alcuna integrazione dell'operatività se non per quanto riguarda l'attività di trapianto d'organi. La separazione delle due aziende è ancora più evidente se si esamina la situazione dei servizi generali; non c'è comunione di intenti neppure in quei settori che potrebbero più facilmente integrarsi. La conseguenza è quella di avere due separati in casa che si spartiscono le stanze, ma devono mantenere la cucina ed il bagno in comune e continuano a sperare che prima o poi il fastidioso coinquilino si arrenda e cambi casa.

Il risultato di una tale situazione è che la straordinaria ricchezza umana, professionale e tecnologica del polo ospedaliero ed universitario udinese, con la creazione di due aziende, si sta

traducendo, grazie alla divisione delle risorse, in una povertà economica che alla lunga porterà a delle disfunzioni non accettabili oppure continuerà a sopravvivere solo grazie al continuo ripianamento del debito da parte della regione. La sensazione è che le inefficienze determinate dalla rivalità non produttiva e dovute al permanere o, peggio ancora, alla ulteriore realizzazione di doppioni non necessari alla salute dei cittadini, non giovino a nessuno dei due attori e potranno essere affrontate solo ricorrendo ad un unico momento decisivo per tutta la struttura del polo ospedaliero udinese.

Le aziende ospedaliere che insistono in aziende territoriali dotate di presidi ospedalieri possono risentire in alcuni settori della volontà degli ospedali di rete più vicini di appropriarsi di una quota di attività, anche significativa, che esula dal mandato istituzionale e per logica dovrebbe essere svolta nell'ospedale di maggiori dimensioni in quanto struttura che funge da ospedale di rete per il comune nel quale è collocato. In realtà tali strutture si trovano ad operare in un'azienda territoriale ostile che non può vedere di buon occhio lo sviluppo di un'azienda concorrente, pena la messa in crisi delle proprie strutture.

È così che si assiste a strane migrazioni di utenza pilotate verso strutture che non riconoscono come proprie e che di conseguenza aumentano la dimensione e la potenzialità produttiva dei propri servizi oltre quanto prevedibile in base al bacino d'utenza di riferimento. Questa situazione rappresenta un'altra distorsione del sistema che, se non governata da soggetti esterni quali l'Agenzia regionale della sanità, può di fatto portare ad un progressivo decadimento degli ospedali regionali più importanti.

La numerosità delle aziende, infine, incide in maniera significativa sui costi del sistema in quanto direttamente

proporzionale al numero di Direzioni generali e quindi di strutture operative centrali come i servizi di controllo di gestione, le strutture per le tecnologie e gli investimenti, quelle per le politiche del personale o per il controllo finanziario, necessarie al buon governo delle aziende stesse. È evidente che tale dispiego di strutture è sproporzionato rispetto alle dimensioni demografiche della regione e distoglie risorse all'operatività ed all'assistenza sanitaria dei cittadini.

Un altro aspetto non trascurabile è quello del governo del sistema da parte dell'Agenzia regionale della sanità che ora vede disperse le proprie energie in un numero di aziende elevato e soprattutto molto differenziato nella tipologia; questo, alla lunga può rendere meno efficace l'azione con la quale vengono portati avanti i programmi di miglioramento della qualità già da tempo avviati e che costituiscono la vera ricchezza della sanità regionale.

4. La proposta

Per affrontare i problemi sopra indicati è, a mio parere, determinante fare la scelta di separare soggetti pagatori da quelli erogatori delle prestazioni, creando due tipologie di aziende per il servizio sanitario regionale così composte:

a) 3 aziende per i servizi sanitari territoriali:

- una comprendente le province di Trieste e Gorizia;
- una per la provincia di Udine;
- una per la provincia di Pordenone;

b) 4 aziende ospedaliere:

- una comprendente: gli ospedali delle province di Trieste e Gorizia, ospedali riuniti di Trieste, IRCCS Burlo Garofolo, ospedale di Gorizia,

- ospedale di Monfalcone;
- una per il polo ospedaliero udinese:
 - ospedale Santa Maria della Misericordia,
 - policlinico universitario,
 - ospedale di riabilitazione Gerwasutta;
- una per tutti gli altri ospedali della provincia di Udine:
 - ospedale di Latisana,
 - ospedale di Palmanova,
 - ospedale di San Daniele e Cividale,
 - ospedale di Tolmezzo e Gemona del Friuli;
- una per gli ospedali della provincia di Pordenone:
 - ospedale di Pordenone e Sacile,
 - IRCCS CRO di Aviano,
 - IRCCS Nostra Famiglia di San Vito,
 - ospedale di San Vito,
 - ospedale di Spilimbergo e Maniago.

L'assetto aziendale proposto riconduce ogni azienda ad un ruolo più definito e può essere il vero punto di partenza per una serie di riorganizzazioni dell'attività in un regime di concorrenza leale. In particolare, da un punto di vista economico, al momento della partenza del sistema ci si troverebbe con aziende territoriali ricche (costi di gestione più pagamento delle prestazioni inferiore alla disponibilità) ed aziende ospedaliere povere (costi di gestione maggiori dei ricavi).

Per le aziende territoriali potranno evidenziarsi numerosi vantaggi che possono portare, finalmente, allo sviluppo della prevenzione e dell'assistenza sanitaria di base senza i condizionamenti del sistema ospedaliero. In particolare:

a) vengono ridotti il numero dei dipartimenti di prevenzione, di salute mentale, per le tossicodipendenze e questo può portare ad un potenzia-

mento dell'attività degli stessi nei confronti dei cittadini;

b) i distretti, a questo punto, possono e devono impossessarsi del ruolo di governo della domanda e controllo sulle attività ospedaliere e mettere in atto tutte quelle azioni che portano alla riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili;

c) le direzioni generali delle aziende sanitarie territoriali possono investire in strutture ed attrezzature per sviluppare la prevenzione e la medicina di base senza essere distratte dai problemi degli ospedali che non possono più distogliere risorse per interventi strutturali sempre più urgenti e quindi prioritari rispetto a quelli previsti per lo sviluppo del territorio;

d) non esiste più il problema della fuga e dell'attrazione; il cittadino ritorna ad essere libero di rivolgersi alla struttura che ritiene migliore o più comoda; non c'è più il motivo per condizionarne il percorso; il medico di medicina generale non deve più fare scelte che incidono sui propri incentivi o sui propri principi etici. Possiamo ritornare ad una situazione di normalità.

Per le aziende ospedaliere il percorso dovrà essere inevitabilmente più sofferto: è venuto meno il territorio a pagare, con il proprio mancato sviluppo, i debiti contratti dagli ospedali. La situazione, però, è cambiata; l'assetto aziendale, a questo punto, permette delle economie di scala che possono portare con un'oculata gestione al rientro senza per questo compromettere l'assistenza ai cittadini, anzi probabilmente sviluppandola e migliorandola.

Fra le cose che sicuramente possono trarre giovamento da un tale tipo di riorganizzazione penso sia utile segnalare le seguenti:

a) le direzioni generali, e quindi tutte le strutture che le accompagnano, dedicano il 100% del loro tempo e delle loro energie agli ospedali che cessa-

no di essere visti come strutture indipendenti non colloquianti fra di loro, ma diventano espressione diversa della stessa azienda;

b) riappare il massimo interesse a rendere proficua l'integrazione fra unità operative o dipartimenti oggi appartenenti ad aziende diverse con possibilità di differenziare l'offerta piuttosto che di duplicarla;

c) viene probabilmente capita l'importanza dei dipartimenti che devono trovare una loro realizzazione, oltre che sull'insegna posta all'ingresso, anche nell'organizzazione e quotidianamente nella pratica lavorativa;

d) i servizi generali quali lavanderie, cucine, mense, centralini, servizi tecnici, ecc. possono essere riorganizzati in modo da abbatterne decisamente i costi di esercizio;

e) alcuni servizi come le farmacia, le centrali di sterilizzazione, i magazzini, ecc. possono essere centralizzati con conseguenti economie di scala anche in questi settori;

f) i servizi di laboratorio, trasfusionali e di anatomia patologica possono essere rivisti nei modelli organizzativi producendo risparmi notevoli senza per questo compromettere l'assistenza ai pazienti;

g) la libera professione intramoenia può trovare un reale sviluppo in quanto diventa interesse di tutte le parti togliere i numerosi fardelli che oggi ne impediscono il decollo.

Altri vantaggi trasversali per tutte le aziende del sistema sanitario regionale possono essere i seguenti:

a) le gare per acquisto di attrezzature e beni di consumo trovano un substrato quantitativo tale da giustificare lo sforzo organizzativo e probabilmente saranno in grado di strappare prezzi di aggiudicazione migliori rispetto a quelli attuali;

b) il personale può circolare nel territorio di riferimento con molta più facilità e sburocratizzazione in quanto

un trasferimento fra due strutture della stessa aziende può permettere riavvicinamenti a casa senz'altro maggiori (es. da Gorizia a Trieste o da Tolmezzo a Palmanova);

c) l'Agenzia regionale della sanità può fare confronti fra aziende omogenee che vedranno ridimensionate drasticamente le loro forzate peculiarità che oggi vengono evidenziate per celare una non volontà o capacità a rivedere la propria organizzazione;

d) le direzioni generali si possono avvicinare per un confronto con le altre simili senza il timore di suggerire ad un proprio antagonista le ricette che possono compromettere la propria sopravvivenza;

e) l'Agenzia regionale della sanità ottiene una maggiore facilità di giudizio dell'attività dei direttori generali in considerazione della più oggettiva possibilità di confronto fra aziende omogenee;

f) l'Agenzia regionale della sanità può dedicare più tempo ad ogni singola azienda, probabilmente con maggiori risultati e ricadute positive su tutto il sistema.

È evidente che, per funzionare bene, il sistema ha bisogno di non vanificare quanto fino ad ora fatto per l'integrazione ospedale-territorio. Rimangono quindi fondamentali alcuni accordi interaziendali per le attività dei poliambulatori distrettuali, per il governo delle ammissioni e delle dimissioni ospedaliere e per tutti quei filoni di attività che necessitano di consequenzialità nell'operato delle due diverse tipologie di aziende.

5. Gli ospedali privati

Un'ultima considerazione sul fatto che il Friuli-Venezia Giulia è una delle regioni d'Italia nella quale è meno sviluppata la sanità privata. Questa situazione è probabilmente dovuta al fatto che il sistema pubblico funziona abba-

stanza bene e che l'eccessiva dotazione di ospedali non ha reso più di tanto possibile l'inserimento di altri fornitori di prestazioni sanitarie.

Il sistema stesso, di fatto impedisce uno sviluppo del privato in quanto legge come «fuga» tutto ciò che non viene svolto dal presidio ospedaliero dell'azienda territoriale; è così che una ricchezza per una società come quella di poter scegliere di rivolgersi ad una struttura di tipo privato viene combattuta proprio da quell'azienda che dovrebbe avere a cuore le salute dei propri cittadini.

In realtà bisogna prendere atto che la mancata separazione fra aziende pagatrici e fornitrici di prestazioni impedisce la nascita e lo sviluppo degli ospedali privati proprio in una regione ricca dove tali strutture potrebbero decollare. Il processo di accreditamento già avviato da parte della regione Friuli-Venezia Giulia, in realtà, permetterebbe tali sviluppi; sembra, però, mancare il coraggio del confronto pubblico-privato che rischierebbe di portare con il tempo al progressivo ridimensionamento dell'offerta pubblica a vantaggio di quella privata. Resta da decidere se questo sarebbe veramente un male per la sanità della regione.

Un primo passo per poter iniziare il percorso di inserimento del privato nell'attività ospedaliera potrebbe essere quello della vendita a soggetti privati di quelle strutture pubbliche che la programmazione regionale vorrebbe chiudere, ma che, visto che per problemi di carattere politico non si riesce, si tenta di riconvertire o di rilanciare perseverando nel mantenimento degli sprechi a scapito della qualità delle prestazioni e della sicurezza delle strutture stesse.

6. Conclusioni

L'analisi dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie della regione

Friuli-Venezia Giulia ha evidenziato numerosi problemi e distorsioni derivanti soprattutto dalla mancata distinzione fra aziende pagatrici di prestazioni e quindi impostate per il controllo delle attività ed aziende erogatrici delle prestazioni stesse e quindi dedicate alla produzione di qualità con costi sostenibili.

Dopo numerosi anni le aziende, per poter sopravvivere hanno ricercato tutta una serie di correttivi, quali abbattimento della fuga, aumento dell'attrazione, rallentamento nello sviluppo del territorio, ecc. che di fatto le hanno portate fuori dal loro mandato istituzionale; il problema principale è che ogni azienda conta sull'apporto dei propri confinanti per sanare i propri bilanci. Accanto a queste situazioni si notano aziende ospedaliere sofferenti o per una concorrenza sleale da parte delle aziende territoriali di riferimento o per una lotta di potere dovuta alla concomitante presenza di due aziende in un unico polo ospedaliero.

È giunto il momento di rivedere molte cose e di semplificare al massimo il sistema che altrimenti necessita di una serie enorme di correttivi da parte dell'Agenzia regionale della sanità, correttivi che possono, a volte, essere interpretati in modo da distorcere ulteriormente il sistema e di far uscire dal proprio mandato le aziende stesse.

La proposta di passare dalle 13 aziende attuali (intendendo aziende anche il policlinico universitario di Udine e gli IRRCS) a 7 (3 territoriali e 4 ospedaliere) può portare a superare molti problemi organizzativi e ad effettuare quelle economie di scala che possono permettere il risanamento economico della sanità della regione senza per questo compromettere, ma probabilmente migliorando la qualità dei servizi offerti.

BIBLIOGRAFIA

- A. BARDUSCO (1997), *Pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale: le cliniche universitarie*, Sanità pubblica, XVII (11/12): 1115-1128.
- G. BONENTI (1997), *Il ruolo del dipartimento nell'organizzazione dei servizi sanitari*, Organizzazione sanitaria, XXI (5): 68-76.
- E. BORGONOVÌ (1996), *La sanità tra responsabilità di gestione e misurazione dei risultati*, Scienza dell'Amministrazione, 2, pp: 115-125.
- M.G. D'AMBROSIO ET AL. (1997), *Valutazione dell'impatto del sistema di pagamento a tariffa delle prestazioni ospedaliere mediante analisi dell'attività di ricovero effettuata nella regione Friuli-Venezia Giulia*, Rivista servizi sanitari, I (4): 107-188, IV trimestre.
- D. DRANOVE, R. LUDWICK (1999), *Competition and pricing by non profit hospitals: a reassessment of Link's analysis*, Journal of Health Economics, vol. 18, n. 1, pp.: 87-98.
- F. LEGA (1997), *Activity-Based Costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari*, Mecosan, 22, pp: 23-39.
- F. LEGA (1999), *Il controllo della spesa sanitaria regionale: una prima valutazione dell'impatto dei diversi modelli di finanziamento attuabili*, Sanità Pubblica, 3, pp.: 405-420.
- F. LONGO, A. DONZELLI (1997), *Un sistema che «paga la salute» per le aziende ospedaliere scorporate dalle USL*, Prospettive sociali e sanitarie, 11, pp.: 13-17.
- E.B. KEELER, G. MELNIK, J. ZWANZIGER (1999), *The changing effects of competition on non-profit hospital pricing behaviour*, Journal of Health Economics, vol. 18, n. 1, pp: 69-86.
- F. MELONI, E. FILIGHEDDU, R. SEQUI, G. SORRENTINO (1999), *I policlinici universitari: vere aziende, semi-aziende o aziende virtuali?*, Mecosan, 30, pp.: 65-73.
- REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA - LEGGE REGIONALE 27 FEBBRAIO 1995, N. 13, *Revisione della rete ospedaliera regionale*.
- E. RIZZUTO (1999), *Gli effetti del DM sulla gestione delle ASL*, L'Ospedale, 6, pp.: 16-23.
- C. RUTA (1990), *Azienda ospedale: processi produttivi sanitari e rete operativa integrata*, Economia e Management, 17, pp: 99-103.
- M. SERRA (1998), *Riflessioni sul sistema sanitario pubblico nella regione Emilia-Romagna*, Sanità pubblica, 1, pp.: 9-26.
- S. SOMMADOSSI (1993), *Gestione per attività: teoria profetica o concreta realtà?*, Sviluppo e Organizzazione, nov-dic.
- C. UGOLINI, D. FABBRI (1998), *Mobilità sanitaria ed indici di entropia*, Mecosan, 26, pp.: 9-24.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

FORME DI AGGREGAZIONE DEI M.M.G. E I LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATA

G. Cavazza, V. Gerri, D. Isola, G. Lupi, E. Magri, C. Rovinetti

Azienda Usl Bologna Nord

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il Centro di medicina generale dell'Azienda Usl Bologna Nord - 3. Il Centro di medicina generale nell'ottica del «cliente»: i risultati di una indagine sulla qualità della nuova organizzazione nella percezione dell'utente - 4. I livelli di spesa programmata - 5. I risultati ottenuti ed alcune considerazioni - 6. Conclusioni.

1. Premessa

In questi ultimi cinquant'anni il Medico di medicina generale (d'ora in poi M.M.G.), nel corso del tempo chiamato «medico della mutua», «medico di famiglia», «medico di base», pur rappresentando un punto di riferimento fondamentale per il cittadino-utente, ha sempre vissuto una condizione di «isolamento» culturale e operativo, sia rispetto al complesso dell'organizzazione sanitaria (l'ospedale, le mutue, l'Unità sanitaria locale) sia in rapporto ai colleghi, spesso percepiti come potenziali concorrenti piuttosto che come professionisti con cui poter instaurare proficui rapporti di collaborazione.

Questa separatezza ha rappresentato, e rappresenta tuttora, un forte ostacolo ai processi di qualificazione dell'assistenza e agli interventi di razionalizzazione e governo della spesa sanitaria, nonché ai programmi di riorganizzazione di questo settore.

Tuttavia, si cominciano ad intravedere significativi segnali di cambiamento.

La progressiva crescita dei processi di aziendalizzazione, le nuove convenzioni per la medicina di base ed un rinnovato interesse di numerosi medi-

ci di base a nuove modalità di aggregazione aprono scenari diversi e radicalmente innovativi.

È ormai consapevolezza diffusa che un'Azienda sanitaria al passo con i tempi debba riconoscere la necessità di valorizzare il settore delle cure primarie e, con esse, il ruolo e la funzione della medicina territoriale nel contesto organizzativo aziendale, stimolando pertanto la partecipazione e il diretto impegno dei medici convenzionati per l'area della Medicina generale.

Il M.M.G. deve diventare componente essenziale per la costituzione di un sistema di medicina del territorio sempre più rapportato alle esigenze della popolazione e parte integrante dell'attività aziendale, mirata ad una appropriata ed efficace definizione dell'intervento sanitario per la realizzazione degli obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica.

In molte Aziende stanno quindi comparando, in via sperimentale, nuove forme di aggregazione dei M.M.G. (Cooperative, Medicina di gruppo, Centri di medicina generale, *Country-Hospital*, etc.), così come si sta manifestando un interesse crescente da parte delle Aziende e dei sindacati medici nei confronti dei *budgets* o «tetti programmati di spesa».

2. Il Centro di medicina generale dell'Azienda Usl Bologna Nord

Dopo una fase progettuale durata più di un anno, il primo Centro di medicina generale dell'Azienda nasce nel dicembre del 1994 con atto costitutivo di convenzione tra Azienda Usl Bologna Nord e nove medici, di cui un pediatra.

Alle liste dei medici che lo costituiscono afferisce la quasi totalità degli assistiti di due Comuni limitrofi (circa 12.000 assistiti su 13.500). Gli otto M.M.G. e il pediatra di libera scelta del gruppo operano all'interno di locali appositamente attrezzati nella sede poliambulatoriale di San Pietro in Casale e presso una sede decentrata nel Comune di Galliera.

I medici hanno mantenuto il loro precedente orario di attività ambulatoriale e agli assistiti viene garantita la continuità del rapporto fiduciario con il proprio medico; viene assicurata, complessivamente, la presenza di almeno un medico per le dodici ore diurne.

L'Azienda USL — con una partecipazione agli oneri dei medici stessi — ha assicurato il personale infermieristico, l'arredo e la strumentazione di base degli ambulatori (compresa

l'informatizzazione degli stessi), la possibilità di usufruire direttamente delle tecnologie di base presenti nel poliambulatorio (elettrocardiogrammi, ecografia) nonché di spazi precedentemente riservati ad un *day hospital* (per osservazione diagnostica, terapia I.V., piccola chirurgia, prestazioni infermieristiche sotto controllo medico, etc.).

Oltre che con gli specialisti e con i servizi aziendali operanti nello stesso contesto poliambulatoriale, sin dall'inizio sono stati avviati contatti con i servizi ospedalieri al fine di stabilire percorsi di integrazione e facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche, in modo da tenere conto delle maggiori potenzialità assistenziali del Centro rispetto a quelle espresse dalla «somma» di ambulatori «separati». L'aggregazione dei M.M.G. in sedi poliambulatoriali dell'Azienda permette di concretizzare la centralità della Medicina generale: si tratta di un percorso rivolto al potenziamento della capacità erogativa delle prestazioni e ad una maggiore e più qualificata «presa in carico» da parte dei medici di famiglia. Da ciò deriva l'aumento della appropriatezza della richiesta di consulenza specialistica ed un suo utilizzo mirato, con un significativo impatto sul piano del risparmio finanziario. È evidente la potenzialità di una Medicina generale così ristrutturata nell'ambito del processo di «riappropriazione» della gestione di alcune patologie croniche a rilevanza sociale (diabete, ipertensione, etc.): una Medicina generale «attrezzata» ad interloquire con lo specialista, inteso come consulente e risorsa per il M.M.G. più che come curante e «gestore in proprio» della patologia specifica.

3. Il Centro di medicina generale nell'ottica del «cliente»: i risultati di una indagine sulla qualità della nuova organizzazione nella percezione dell'utente

A distanza di un anno dall'apertura del Centro è stata avviata una indagine valutativa per pervenire ad una rappresentazione del livello di gradimento dell'utenza di riferimento rispetto alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione ed i risultati emersi consentono una immediata lettura della situazione in atto.

La ricerca è stata condotta attraverso la tecnica del sondaggio realizzato tramite l'utilizzo dell'intervista con questionario anonimo autosomministrato. Sotto il profilo metodologico, la ricerca rientra nella sotto-categoria delle *Customer Satisfaction Survey* (CSS), ricerche sociologiche di natura operativa generalmente finalizzate alla «misurazione» della qualità prevista e/o percepita dall'utente rispetto all'esistente (o alla situazione ordinaria) e/o riguardo fattori o situazioni di cambiamento intervenuti nel suo contesto usuale. Nel caso in esame, la classe valutativa utilizzata per l'indagine sulla qualità del Centro di medicina generale è stata quella della qualità percepita dall'utente-cliente, sia relativamente all'attività ordinaria del servizio (cioè ad aspetti del Servizio di medicina generale che non hanno subito modifiche o cambiamenti dall'istituzione del Centro), sia — e soprattutto — in relazione agli elementi di novità introdotti dal nuovo assetto organizzativo.

Data l'entità e l'eterogeneità dell'universo di riferimento dell'indagine (la popolazione assistita), si è optato per la definizione, previo relativo piano, di un suo campione rappresentativo (definito tramite la tecnica della stratificazione), quale micro-riproduzione, per le variabili-base di composizione ritenute rilevanti ai fini del-

l'indagine (sesso, età, condizione occupazionale, frequenza di accesso al Centro nel corso dell'ultimo anno), della realtà complessiva da sottoporre ad indagine.

La rilevazione dei dati è avvenuta presso i locali del Centro nel corso di tre mesi avvalendosi del supporto operativo del personale infermieristico, opportunamente formato sulle corrette modalità di distribuzione e di compilazione dei questionari.

Inizialmente si è resa necessaria una diffusione «a tappeto» dei questionari all'utenza del Centro; in seconda battuta, una volta raccolto un numero di questionari compilati numericamente superiore a quello previsto dal piano di campionamento, è stata effettuata una selezione assumendo come validi ai fini dell'analisi dei dati solo ed unicamente i questionari corrispondenti, per numero e per caratteristiche-base, al piano di campionamento suddetto.

I questionari analizzati sono stati complessivamente 500, di cui 216 di utenti di sesso maschile e 284 di utenti di sesso femminile (età compresa tra i 15 e i 75 anni ed oltre).

La maggior parte dei clienti del Centro (per la gran parte adulti — 63.8%) si è dichiarata in stato di attività professionale (42.6%), per lo più con rapporto di lavoro dipendente (33.9%). Percentualmente significative sono risultate, però, anche le classi di utenza costituite da pensionati, in rappresentanza di oltre un terzo dell'utenza del Centro (36.7%), e di casalinghe (11%).

Il livello di soddisfazione dell'utenza rispetto ai cambiamenti progettati ed indotti dal nuovo assetto organizzativo del servizio di Medicina generale (tabella 1) è risultato complessivamente elevato: la maggioranza dei soggetti (73.4%) ritiene che la nuova organizzazione abbia contribuito ad un miglioramento significativo della

qualità della Medicina generale, contro una parte percentualmente poco significativa (0.6%) che ne denuncia un sostanziale peggioramento.

L'elemento di novità maggiormente gradito dall'utenza (tabella 2) ha riguardato l'istituzione del Centro di Medicina generale all'interno di una struttura erogante anche altri servizi sanitari e/o amministrativi utili al cittadino come, ad esempio, il Centro unificato di prenotazione (95.1%). Secondo l'opinione degli intervistati, inoltre, dalla compresenza/integrazione di servizi diversi all'interno di un'unica struttura trarrebbero particolare vantaggio non solo i fruitori ma anche gli operatori stessi, soprattutto per il risparmio generale di tempo (fattore al primo posto in ordine di gradimento, indicato dal 53.2% del campione) e per la maggiore collaborazione tra i medici ed altri operatori sanitari e non sanitari (fattore al 2° posto in ordine di gradimento, indicato dal 51.5% del campione).

Altri elementi di novità introdotti e particolarmente graditi dall'utenza sono stati:

1) la presenza del personale infermieristico, apprezzata dall'89.3% del campione (tabella 3);

2) l'aumento/diversificazione delle prestazioni fornite dal personale medico (88.4%) (tabella 4);

3) la nuova ubicazione territoriale della Medicina generale (68.2%);

4) il *comfort* dei nuovi spazi/ambienti del Centro (62.5%).

Nell'ambito del livello di gradimento generale riscontrato in seguito all'istituzione del Centro, è stato possibile cogliere, inoltre, alcune suggestioni stimolanti.

Solo il 25.7% degli interpellati ha riscontrato una diminuzione dei tempi di attesa per la visita e per una minoranza non insignificante di assistiti (8.7%) l'attesa è addirittura aumentata.

Tabella 1 - Gradimento rispetto all'istituzione del Centro di medicina generale

<i>«Lei ritiene che con l'istituzione del Centro di medicina generale»:</i>	%
Sia migliorata la qualità complessiva del servizio di medicina di base	73.4
Non vi siano stati miglioramenti o peggioramenti di rilievo a riguardo	13.1
Non so esprimere un giudizio in merito	12.9
Sia peggiorata la qualità complessiva del servizio di medicina di base	0.6
Totale	100.0

Tabella 2 - L'opinione degli utenti sulla compresenza del Centro di medicina generale, del C.U.P. e di altri servizi sanitari all'interno della stessa struttura

<i>«Secondo Lei, la presenza dei medici di famiglia negli stessi locali del C.U.P. e di altri servizi della USL»:</i>	%
È vantaggiosa	95.1
Non è di alcuna utilità	4.9
Totale	100.0
È vantaggiosa, in particolare:	%
I: perché fa risparmiare tempo a tutti, utenti e operatori	53.2
II: perché favorisce l'integrazione e la collaborazione tra i medici e gli altri operatori sanitari	51.5

Tabella 3 - Gradimento rispetto all'apporto fornito dal personale infermieristico

<i>«Cosa pensa della presenza degli infermieri nel Centro di medicina generale?»:</i>	%
È vantaggiosa	89.3
Non è di alcuna utilità	10.7
Totale	100.0
È vantaggiosa, in particolare, per:	%
I: il risparmio di tempo su alcune prestazioni (mis. pressione, medicazioni, etc.)	56.8
II: il risparmio di tempo sulla ripetizione delle ricette	55.3
III: l'aumento di informazioni all'utente	45.7

Si tratta, peraltro, di un giudizio realistico in quanto i medici hanno mantenuto anche nel Centro le stesse modalità di accesso, (senza introdurre le visite con appuntamento) e quindi

hanno mediamente gli stessi tempi di attesa precedenti.

Il dato suggerisce l'urgenza di accelerare la riorganizzazione dell'accesso, ovvero la migliore organizzazione

Tabella 4 - Gradimento rispetto all'aumento/diversificazione delle prestazioni erogate dal personale medico

«Cosa pensa della possibilità del suo medico di eseguire anche piccoli interventi, elettrocardiogrammi, ecografie, medicazioni?»:	%
La ritengo positiva	88.4
La ritengo negativa	2.9
Non so esprimere un'opinione in merito	8.7
Totale	100.0

e gestione extra-visita di quelle incombenze non mediche che sottraggono tempo alle visite vere e proprie ed al colloquio con i pazienti (atti amministrativi-burocratici, ripetizione ricette, ambulatori su prenotazioni, ecc.).

In apparente contraddizione con il dato di cui sopra, riscontriamo comunque che quasi la metà degli assistiti afferma che «il medico è più facilmente reperibile in ambulatorio» (45%), pur se nel progetto iniziale non era previsto un aumento dell'orario di attività ambulatoriale di ogni singolo medico.

La presenza del personale infermieristico, pur gradita dalla quasi totalità del campione, potrebbe essere ripensata per ottenere una maggiore incisività nel ruolo dell'infermiere nelle fasi di accoglienza/informazione, fasi in cui la presenza dell'infermiere risulta essere quella meno percepita dall'utente rispetto alle altre (cioè rispetto alla percezione del supporto del personale infermieristico per il risparmio di tempo per alcune prestazioni sanitarie e per la ripetizione della ricetta).

Il Centro di medicina generale di San Pietro in Casale è stato il primo attivato dall'Azienda; come si diceva, parallelamente è stata istituita una sua sede decentrata situata presso una frazione di Galliera, comune vicino a S. Pietro in Casale.

Vista l'esperienza positiva del Centro, l'Azienda ha favorito la diffusione del modello: al momento attuale sono

già attivi altri cinque Centri di medicina generale ed altri ancora sono in fase di progettazione avanzata.

4. I livelli di spesa programmata

Dal momento che i medici di Medicina generale rappresentano i più importanti ordinatori della spesa sanitaria, l'Azienda Usl Bologna Nord ha inoltre individuato, tra le iniziative prioritarie riguardanti il settore, quella di procedere alla sperimentazione dei principi riguardanti l'introduzione di livelli di spesa programmata in medicina generale sulla base delle indicazioni di cui all'art. 1, comma 27, della legge collegata alla «Finanziaria 1997» (n. 662/1996) e dell'art. 72 del DPR 484/96.

A tal fine, all'inizio dell'anno 1997, l'Azienda Usl Bologna Nord e la F.I.M.M.G. (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) hanno stilato un protocollo di intesa riguardante i livelli di spesa programmata che parte da due ordini di presupposti:

1) l'attuale contesto della sanità nazionale e regionale impone la necessità di introdurre momenti di riflessione critica su tutte le aree di intervento, sia per quel che riguarda gli assetti organizzativi che per i comportamenti professionali tradizionali, al fine di generalizzare un uso sempre più appropriato e corretto delle risorse disponibili finalizzandole alla copertura delle esigenze primarie dei cittadini e innalzando, in tal modo, il livello

lo e la qualità dell'assistenza fornita agli stessi;

2) tra l'Azienda e i M.M.G. si condivide la necessità di individuare forme e modalità comuni di controllo, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, con particolare riferimento a quella per l'assistenza farmaceutica, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza specialistica, anche al fine di reperire, pur nell'ambito delle risorse esistenti, spazi e strumenti da destinare all'attivazione e al potenziamento di funzioni ed attività riguardanti l'assistenza primaria.

L'accordo è volto a far sì che venga posta ogni attenzione nelle pratiche prescrittive per ridurre consumi non appropriati di farmaci, per contenere ricoveri impropri, per diminuire il ricorso a prestazioni specialistiche o diagnostiche inutili, per rivolgere in sostanza parte della attuale spesa sanitaria verso il miglioramento della risposta dei servizi nell'area dell'assistenza primaria di base.

Le definizioni degli obiettivi e dei contenuti economici dell'intesa e dei parametri di riferimento sono di seguito esplicitati nelle loro linee generali.

Come obiettivo economico cui subordinare la valutazione positiva dell'esperienza è stata posta la riduzione non inferiore al 2.5% dei livelli complessivi della spesa registrata nel 1997 rispetto al 1996 per l'assistenza farmaceutica e ospedaliera separatamente considerate, mentre per l'assistenza specialistica non è stato possibile determinare un obiettivo, in quanto i dati all'epoca in possesso presentavano un livello di attendibilità ancora non sufficientemente testato.

Relativamente all'assistenza farmaceutica, la valutazione viene condotta sulla spesa lorda 1997 ascrivibile alle prescrizioni dei M.M.G. in comparazione sul 1996, al netto degli effetti di eventuali provvedimenti nazionali o regionali aventi ricadute in-

crementali di spesa. Relativamente all'assistenza ospedaliera, si procede alla rilevazione di tutte le degenze esterne ed interne contabilizzate le prime secondo il sistema di tariffazione e previa eventuale rideterminazione della valorizzazione 1996 secondo il sistema tariffario del 1997, le seconde utilizzando il sistema di contabilità dei costi.

L'eventuale risparmio complessivo conseguito viene destinato in parte alla costituzione di un fondo aziendale cui attingere per il finanziamento delle seguenti iniziative:

a) per il potenziamento di attività territoriali di supporto per l'assistenza primaria individuate secondo quanto stabilito ai sensi dell'articolo 72, V comma, DPR 484/1996 per un importo corrispondente ad una percentuale pari al 31.5% del contenimento complessivo conseguito;

b) per l'organizzazione di attività di: informazione, sensibilizzazione e aggiornamento dei M.M.G.; produzione e/o acquisizione di linee guida, protocolli ed organizzazione di conferenze ed incontri per la diffusione, la condivisione e la relativa adozione in ambito aziendale; attivazione di iniziative riguardanti la verifica della qualità delle prestazioni rese; per un importo corrispondente al 2.5% del contenimento complessivo conseguito;

c) per la costituzione di un monte economico complessivo ripartibile per la corresponsione, ai sensi dell'art. 72, IV comma, DPR 484/1996, di incentivi economici ai Medici che abbiano concorso al raggiungimento degli obiettivi, per un importo dato dal 33% dei risparmi conseguiti nell'area dell'assistenza farmaceutica e dal 19% nell'area dell'assistenza ospedaliera.

Una parte di tale monte economico viene corrisposta quale riconoscimento del maggior impegno a carico dei

medici derivante dalla partecipazione alla sperimentazione e con individuazione condivisa dell'obiettivo individuale di risparmio relativamente all'area dell'assistenza farmaceutica nella misura di una cifra forfettaria determinata in relazione al numero di scelte (fino a 500 e comunque superiore a 200: L. 600.000; tra 500 e 1000: L. 1.200.000; oltre 1000: L. 2.000.000).

Il restante monte economico, invece, viene ripartito in relazione al raggiungimento dell'obiettivo individuale di risparmio, sempre relativo all'assistenza farmaceutica, e secondo tre diverse modalità di attribuzione di quote.

Una prima quota, pari ad un importo derivante dalla divisione tra il 2% del monte aziendale ripartibile (così come individuato al punto c) e il numero degli assistiti complessivamente in carico ai medici partecipanti alla sperimentazione, viene assegnata a ciascun medico (che abbia ovviamente conseguito un risultato utile) con riferimento al numero medio degli assistiti in carico nel corso del 1997.

Una seconda quota, pari ad un importo corrispondente al 10% del monte aziendale ripartibile (come individuato al punto c), viene destinato a favore dei medici che già nel 1996 avevano avuto una spesa individuale riguardante l'area dell'assistenza farmaceutica inferiore alla media aziendale e che tale risultato mantengono anche per il 1997. Tale quota viene determinata e ripartita con le stesse modalità della quota precedente.

La restante quota, corrispondente al residuo monte economico, viene ripartita come segue: per l'assistenza farmaceutica suddividendo i medici in cinque scaglioni di appartenenza sulla base della percentuale di scostamento rispetto alla media aziendale delle prescrizioni farmaceutiche individuali 1996 (medici nella media aziendale

- 10%/+ 10%; medici sopra la media aziendale fino al 30%; medici sopra la media aziendale oltre il 30%; medici sotto la media aziendale fino al 30%; medici sotto la media aziendale oltre il 30%).

Ad ogni scaglione corrispondono diversi coefficienti, sulla base dei quali viene calcolata la quota individuale da distribuire ad ogni singolo medico in relazione all'entità del risparmio individuale effettivamente conseguito.

Per l'assistenza ospedaliera si provvede alla valorizzazione degli oneri gravanti sull'Azienda così come risultati dal confronto tra il dato individuale sui ricoveri consumati dai propri iscritti del 1997 e quello del 1996: l'entità dell'eventuale decremento residuale specifico verrà assegnata, quale quota aggiuntiva a ciascun medico, in misura pari al 16.5% del risparmio conseguito.

In sintesi quindi i premi incentivanti derivanti dall'accordo sui livelli di spesa programmata sono determinati dal monte economico complessivo ripartibile (di cui al precedente punto c), sul quale gravano anche gli oneri previdenziali; le quote incentivanti vengono corrisposte sia attraverso eventuali acconti con scadenze prestabilite sia a livello di saldo, solo nel caso in cui i risparmi complessivi concretamente si realizzino. In pratica il comportamento prescrittivo collettivo incide anche sui comportamenti individuali in quanto il monte economico complessivo ripartibile si realizza nella misura e nell'entità in cui il risparmio aziendale venga conseguito e secondo l'entità di tale risparmio.

Ogni tipo di riparto individuale non può comunque comportare oneri eccedenti il fondo aziendale e non può comunque superare il limite complessivo di 2.6 miliardi di lire, ivi compresi gli oneri previdenziali, limite derivante dai vincoli posti dalle direttive regionali.

Al fine di stabilire i parametri di riferimento e di consentire un effettivo sistematico controllo del livello di avvicinamento all'obiettivo di ciascun medico si è provveduto a:

1) elaborare il dato individuale di riferimento per l'anno 1996, rapportandolo a quello aziendale relativamente all'assistenza farmaceutica e all'assistenza ospedaliera;

2) individuare, per ciascun medico, l'obiettivo individuale per l'anno 1997, che ha tenuto conto, per un verso, della composizione demografica della lista individuale (attraverso la «pesatura» della stessa effettuata con riferimento ai parametri stabiliti a livello regionale), per l'altro del livello di scostamento individuale del dato 1996 rispetto alla media aziendale;

3) produrre, con cadenza mensile e per ciascun medico, il dato individuale riferito ai singoli fenomeni oggetto di osservazione con evidenziazione del dato assoluto riferito a ciascun periodo e del livello di eventuale scostamento sia rispetto all'obiettivo personale che alla media aziendale, nonché la relativa proiezione annuale.

È stato anche costituito un gruppo tecnico permanente, avente composizione mista (i M.M.G. e rappresentanti dell'Azienda) cui è stato affidato il compito di valutare e controllare l'applicazione dell'accordo.

5. I risultati ottenuti ed alcune considerazioni

L'Azienda, nel corso dell'anno 1997 e 1998, ha provveduto, in attuazione del Protocollo per l'applicazione dei livelli di spesa programmata in medicina generale, alla corresponsione di incentivi legati al raggiungimento di obiettivi aziendali predefiniti correlati al risparmio della spesa farmaceutica, a seguito di verifica del livello del risultato individualmente conseguito da ciascuno dei medici

aderenti al protocollo, riconoscendo in tal modo una quota aggiuntiva variabile direttamente proporzionata all'apporto di ciascun medico nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Nel periodo luglio '97-aprile '98 sono stati corrisposti diversi acconti, determinati in termini di percentuale sui risultati periodicamente riscontrati relativamente al settore dell'assistenza farmaceutica, ai medici aderenti all'accordo stesso.

Entro la fine dell'anno 1998 si è proceduto al saldo relativo ai risultati conseguiti per l'assistenza farmaceutica, avendo verificato il raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione e contenimento della spesa relativa, tenuto conto degli effetti avventi ricadute incrementali di spesa derivanti da provvedimenti nazionali e regionali e dell'avvio del processo di adeguamento del prezzo dei farmaci alla media europea. Tale effetto incrementale è stato valutato pari ad una percentuale dell'11%, per cui ai fini della comparazione fra gli anni 1996-1997, la spesa lorda registrata a livello aziendale nel corso dell'anno 1996 è stata incrementata della percentuale sopra citata.

Si è quindi accertato che il risparmio realizzato attribuibile ad azioni poste in essere dai M.M.G. era corrispondente ad una quota pari al 6,54%. Da ciò è derivata una conseguente quantificazione del monte economico ripartibile tra i M.M.G. applicando la percentuale del 33% sul risparmio conseguito, come previsto dallo specifico accordo regionale (1).

Il suddetto monte economico ripartibile è comprensivo degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, quantificabili nella percentuale dell'8,125%.

Tale complessivo monte economico è stato attribuito al singolo medico secondo le modalità descritte in precedenza (laddove si prevedeva la corresponsione di cifre forfettarie onni-

comprehensive diversificate per ciascun medico a seconda del numero di scelte e la corresponsione di quote aggiuntive variabili con riferimento all'obiettivo individuale raggiunto).

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera non è stato invece riscontrato alcun risparmio significativo rispetto l'anno precedente tale da giustificare la costituzione del relativo fondo, mentre per l'assistenza specialistica, come già detto in precedenza, non era stato individuato un obiettivo, data la scarsa attendibilità dei dati in possesso nel periodo.

Inoltre nel febbraio 1997 è stato attivato in ambito aziendale un corso di aggiornamento obbligatorio per i M.M.G. relativamente alle tematiche della gestione per *budget* in Medicina generale, che ha visto una ampia partecipazione e coinvolgimento dei medici.

Sono d'obbligo, a questo punto, alcune considerazioni sul progetto nel suo complesso e sui suoi successivi sviluppi.

L'adesione dei M.M.G. al protocollo sui livelli di spesa programmata per l'anno 1997 ha favorito, così come gli altri interventi, da un lato il governo della spesa, dall'altro una sempre maggiore integrazione dei M.M.G. nell'organizzazione aziendale. A tal proposito, nell'anno '98, è stata prevista la partecipazione formale di rappresentanti dei M.M.G. nell'Ufficio di *staff* aziendale cure primarie, così come nel Dipartimento distrettuale cure primarie, istituiti ai sensi del regolamento aziendale approvato alla fine dell'anno.

In tale contesto, valutata positivamente l'esperienza condotta nel corso dell'anno 1997, l'Azienda U.S.L. Bologna Nord e la rappresentanza sindacale della F.I.M.M.G. hanno ritenuto opportuno definire anche per il biennio 1998-1999, un accordo con i M.M.G. che si ponesse come riferi-

mento, salvi gli eventuali adeguamenti annuali, per un sistematico consolidamento e miglioramento dei risultati conseguiti.

Purtroppo una serie di difficoltà intercorse nei rapporti tra la rappresentanza sindacale e la direzione ha determinato considerevoli ritardi nell'applicazione degli accordi sottoscritti determinando tra l'altro tensioni e incomprensioni tra i medici e l'azienda.

Ciò ha portato ad un rallentamento nel raggiungimento degli obiettivi e più in generale della responsabilizzazione del Medico di medicina generale nella gestione delle risorse disponibili.

D'altro canto, invece, nel corso degli anni 1998-1999, si è rafforzato il processo di costruzione dei Centri di medicina generale, sul modello di quello già descritto di S. Pietro in Casale.

Al momento attuale più del 50% dei M.M.G. opera in tali centri, consentendo quindi una progressiva integrazione di tale figura con il resto dell'Azienda sanitaria.

Si è così determinata una sorta di dissociazione tra lo sviluppo della nuova forma organizzativa dei M.M.G. nei Centri di medicina generale e quello della definizione e gestione dei livelli di spesa programmata.

Le ragioni di questa dissociazione sono probabilmente da ricondurre in parte al ricambio del personale che ha gestito i rapporti con i M.M.G., in parte al diverso interesse che i due aspetti hanno ancora sul piano culturale.

Da un lato, infatti, è maturato tra i M.M.G. e la dirigenza dell'azienda la consapevolezza piena della necessità di superare l'isolamento del medico di famiglia con una conseguente forte spinta a costituire i Centri di medicina generale, dall'altro è invece ancora in ritardo la consapevolezza che il buon uso delle risorse fa parte della missione di tutti, compresi i M.M.G.

Nei primi mesi del 1999 si è registrato un massiccio aumento della spesa farmaceutica che, oltre a fattori esterni, è probabilmente imputabile ad un calo di attenzione nella gestione degli accordi con i M.M.G.

Nell'ultima metà del '99 sono quindi ripresi gli sforzi per rivitalizzare gli accordi qui descritti spostando l'attenzione dai risultati di contenimento della spesa sanitaria al modo con cui ottenerli.

In particolare i nuovi accordi hanno rilevato la necessità di costruire linee guida condivise in grado di garantire l'appropriatezza dell'intervento sanitario, in primo luogo sul piano farmacologico.

A tal fine sono stati individuati i primi ambiti sui quali implementare linee guida, costruite insieme tra le componenti territoriali e ospedaliere e precisamente:

- 1) il trattamento dell'ipertensione arteriosa;
- 2) la gestione delle patologie acute dell'apparato respiratorio;
- 3) il trattamento delle ulcere peptiche.

Un ulteriore obiettivo è quello di favorire il processo di qualificazione dell'assistenza primaria, assegnando un ruolo centrale al Medico di medicina generale nel campo della riorganizzazione dell'assistenza domiciliare (N.O.A.D.) e valorizzando le esperienze esistenti in Azienda nell'ambito della medicina di gruppo e dell'associazionismo.

6. Conclusioni

Nell'Azienda UsI Bologna Nord si è riusciti, con le iniziative illustrate, ad ottenere quei risultati illustrati in premessa?

Certamente sì, se si considerano questi primi importanti passi in un lento ma proficuo processo di profonda

modificazione dell'agire del medico di famiglia.

La scommessa sarà vinta se si avrà la capacità, nelle Aziende, di considerare davvero il medico di famiglia come la figura centrale di una sanità rivisitata; se questo medico sarà fortemente collegato ed integrato alla nuova dipartimentalizzazione, sia del territorio che ospedaliera; se insieme a lui sia avrà la capacità di costruire protocolli e linee-guida, indispensabili per ogni serio processo di razionalizzazione della spesa, senza pesanti conseguenze per gli utenti; se sarà utilizzato dalle aziende, sfruttandone le conoscenze e l'intelligenza, per governare due tra i maggiori problemi presenti oggi ma sempre più incombenti sul domani: l'emergenza sanitaria e l'assistenza sanitaria alla popolazione anziana.

Le intenzioni programmatiche dell'Azienda Bologna Nord sono pertanto chiaramente orientate, anche per il futuro, a proseguire nelle linee già intraprese cercando di porre in essere nuovi interventi, come la costruzione di tavoli di confronto tra medici ospedalieri, medici di famiglia e specialisti, costruzione di linee guida, integrazione dei medici di famiglia nell'attività di pronto soccorso e completamento del Progetto per la gestione integrata del diabete di tipo 2 — che prevede il coinvolgimento del M.M.G. nell'utilizzo di un protocollo diagnostico-terapeutico concordato con la componente specialistica — a seguito di alcune esperienze concrete già avviate presso il Centro di medicina generale di S. Pietro in Casale. Alla luce di quanto in precedenza affermato, appare quindi evidente che queste iniziative, previste nell'ambito della programmazione aziendale così come quelle già realizzate, si pongono come finalità quella di affrontare concretamente le nuove realtà emergenti (quali dipartimentalizzazione

ed integrazione tra ospedale e distretto) con tutte le problematiche che ne possono derivare, e quindi, se attuate con successo, permettono di pervenire a quel «salto di qualità» nell'assistenza primaria tanto atteso, a beneficio del cittadino/utente del servizio sanitario.

(1) Si veda: delibera della Giunta regionale Emilia-Romagna, provvedimento n. 1487 del 1° agosto 1997.

BIBLIOGRAFIA

- ALFIERI R., BONALDI A., CACCIA C. ET AL. (1994), «Una proposta per la nuova convenzione in medicina generale», *Mecosan*, n. 9.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, ed. Egea, Milano.
- COLOZZI I. (A CURA DI) (1998), *Salute e qualità dei servizi nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- DEL VECCHIO M. (1994), «Mercati e tariffe nel Sistema sanitario nazionale», *Mecosan*, n. 10.
- DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), «Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo 502/92», *Mecosan*, n. 6.
- DIXON J., GLENNERSTER H. (1995), «What do we know about fundholding in general practice», *BMJ*, n. 311.
- GLENNERSTER H. ET AL. (1994), *Implementing Gp Fundholding*, Open University Press.
- LONGO F. (1994), *Il Sistema sanitario nazionale: dalla 833/78 alla 502/92*, in Massei A. (a cura di), *Corso di Economia delle imprese pubbliche*, Cusl.
- LONGO F., RIPA DI MEANA (1995), «Quali modelli organizzativi si stanno delineando per il nuovo distretto?», *Asi*.
- ZAVATTARO F. (1994), «Il budget in sanità come risposta alla complessità», *Mecosan*, n. 8.

IL BUDGET DEL DISTRETTO SANITARIO: IL MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE DELL'A.S.L. 3 DI PISTOIA

F. Bellomo¹, P. Panigada², R. Bonini³, D. Papini⁴, V. Mundula⁵

¹ Direttore del Distretto Sperimentale

² Responsabile Ufficio Programmazione

³ Responsabile U.O. Controllo di Gestione

⁴ Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva

⁵ Consiglio Sanitario Regionale

SOMMARIO: 1. Il Distretto socio-sanitario nel contesto toscano - 2. L'esperienza pistoiese - 3 Il modello organizzativo del Distretto sperimentale - 4. Analisi dei consumi del Distretto - 5. Gli obiettivi e le azioni programmate - 6. Il *budget* del «Distretto sperimentale» - 7. Conclusioni.

La nostra esperienza ha evidenziato che il *budget* di Distretto rappresenta uno strumento utile alla programmazione, purché i risultati attesi siano coerenti agli obiettivi sanitari. La utilizzazione del *budget* per singolo medico, invece, può centrare i comportamenti dei professionisti sull'aspetto economico (*output*) piuttosto che sui risultati di salute (*outcome*); inoltre non omogeneizza i comportamenti, non produce integrazione ed è difficilmente attuabile anche in rapporto alla difficoltà di misurare i risultati di salute.

1. Il Distretto socio-sanitario nel contesto toscano

Il modello organizzativo del Distretto socio-sanitario toscano presenta la peculiarità, unica in Italia, di essere fortemente imperniato sulla centralità della zona, così come delineata e individuata dalla normativa regionale (box 1). L'individuazione della maglia zonale forte genera un intreccio problematico con la subarticolazione distrettuale, generando una struttura matriciale di responsabilità incrociate che vede una artificiosa ripartizione di competenze fra Responsabile di zona e di distretto. Inoltre il Distretto toscano

Box 1 - Il contesto normativo toscano al momento della stesura del progetto

Legge regionale 29 giugno 1994, n. 49

Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale

(In attuazione della legge n. 421/92 e dei D.L.vi n. 502/92 e n. 517/93)

- Definisce gli ambiti territoriali del SSR (ambiti aziendali e zone socio-sanitarie).
- Articola le Aziende USL nelle zone.

L'ambito di ogni zona comprende per intero uno o più distretti. Il Distretto deve comprendere completamente il territorio di uno o più comuni (soglia minima 15.000 abitanti). Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione funzionale della USL finalizzata alla organizzazione e alla erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria di primo livello e di pronto intervento, in forma integrata e coordinata con i servizi di assistenza sociale.

Nella zona socio-sanitaria sono organizzate le attività dirette alla erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale diverse da quelle erogate a livello distrettuale. Gli ospedali presenti nel territorio zonale sono presidi di zona.

Legge regionale 2 gennaio 1995, n. 1

Disciplina sull'organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

- Organizza le aziende sanitarie secondo una logica dipartimentale definendo i Dipartimenti territoriali e il Dipartimento ospedaliero, articolati a livello di zona in aree funzionali.
- Riconosce nella zona un livello gestionale di svolgimento delle funzioni aziendali.

A ciascuna zona è preposto un responsabile incaricato dal Direttore generale al fine di assicurare il coordinamento tra le aree funzionali territoriali e le aree funzionali ospedaliere e i rapporti permanenti di informazione e collaborazione con la articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci.

Le aree funzionali territoriali si articolano a livello distrettuale. Fra i compiti del Distretto vi sono:

- assicurare l'integrazione fra attività sociale e sanitaria,
- promuovere l'effettiva partecipazione dei medici convenzionati (art. 15, comma b) nella erogazione delle prestazioni, anche attraverso iniziative a carattere sperimentale, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione,
- il regolamento della USL dovrà prevedere modalità di partecipazione e di responsabilizzazione, nell'uso delle risorse, dei medici convenzionati.

no è sempre stato sbilanciato sul versante sociale e contrapposto alla centralità dell'ospedale esclusivamente per gli aspetti della prevenzione svolta dall'igiene pubblica.

2. L'esperienza pistoiese

Il Medico di medicina generale (M.M.G.) rappresenta il primo contatto del cittadino con il SSN, esegue direttamente le prestazioni di base e governa l'accesso ai livelli più complessi di assistenza rivestendo virtualmente un ruolo di assoluta centralità nel governo della domanda sanitaria e nel coordinamento delle attività distrettuali (box 2). Nell'ottica di verificare tale funzione di «gatekeeping» e di dotarsi di una base conoscitiva, nel 1995, nell'ambito del contesto normativo regionale di riferimento, la Azienda USL vara un progetto zonale di monitoraggio e controllo della spesa dei medici di medicina generale al fine di misurare i consumi realmente attribuibili alla loro attività.

Il progressivo affinamento del sistema di lettura delle ricette e del sistema di elaborazione (CINECA) ha consentito la definizione, per ciascun medico di medicina generale della zona di Pistoia, di un «profilo prescrittivo» inerente i dati di spesa per la farmaceutica, la specialistica e i ricoveri ospedalieri valorizzati da tariffa DRG.

Il sistema di monitoraggio ha consentito di effettuare le seguenti osservazioni:

— la spesa che consegue al comportamento prescrittivo del M.M.G. rappresenta circa il 55% dei consumi sanitari di un distretto (1995);

— una quota rilevante, ma non esattamente quantificabile, della attività prescrittiva del M.M.G. è indotta dal livello specialistico

— la ampia variabilità dei comportamenti prescrittivi e dei relativi livelli di spesa non trova nessuna giustifica-

zione razionale (età, complessità assistenziale);

— la correzione *ex ante* della spesa farmaceutica e specialistica per la «complessità assistenziale» (consumi corretti per numero di assistiti dal M.M.G. con patologie croniche) non giustifica il «profilo prescrittivo»;

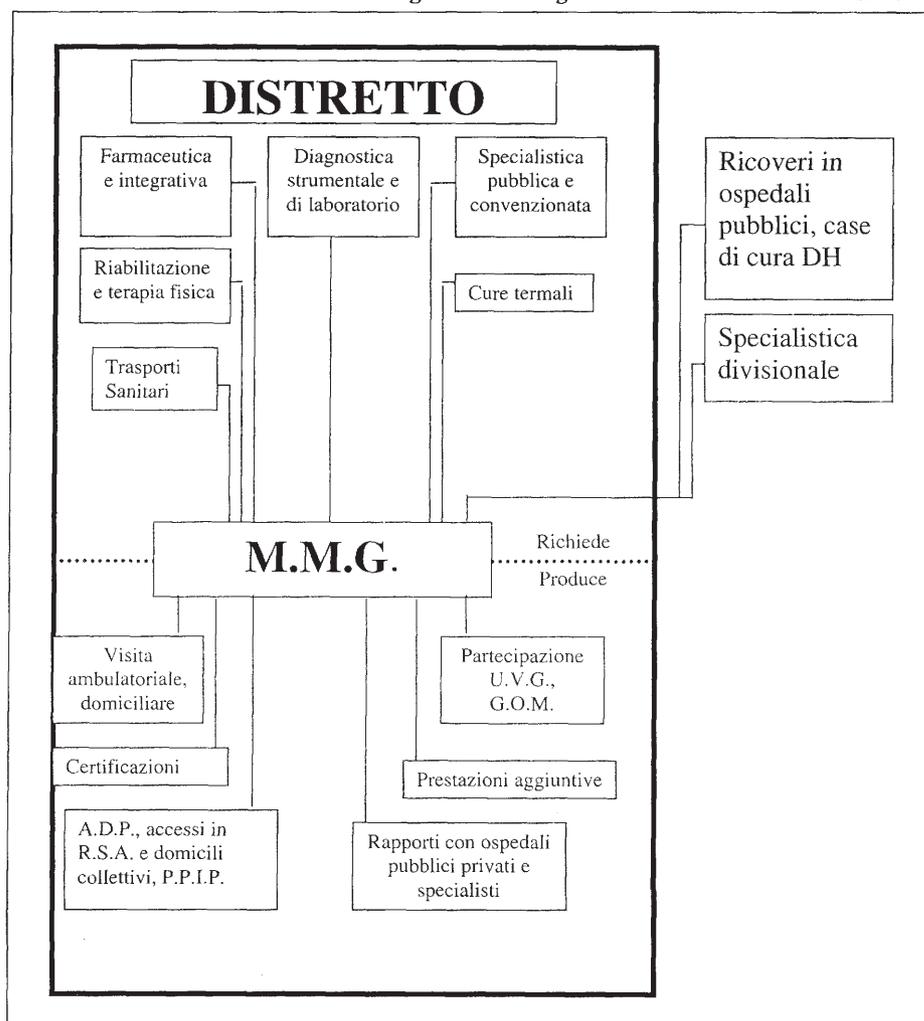
— i ricoveri sono prescritti solo nel 27% dei casi dai M.M.G. (1995).

In definitiva da questa analisi preliminare è emersa una generale debolezza di ruolo del Medico di medicina generale, che agisce sospinto da forze spesso estranee ai principi di appropriatezza, efficienza ed economicità.

Tale debolezza si manifesta principalmente nello scarso potere di gestione della domanda sanitaria e nella fornitura di risposte alquanto disomogenee ad istanze analoghe, determinando consumi di risorse imprevedibili e talvolta impropri.

All'acquisizione di sempre maggiori informazioni sui consumi sanitari che possono essere associati alla attività del M.M.G., si è venuta sviluppando l'idea che per conseguire gli obiettivi di riqualificazione (contenimento) della spesa sanitaria, fosse necessario responsabilizzare i medici di medicina generale sul governo della

Box 2 - Il ruolo del Medico di medicina generale della gestione della domanda del distretto



domanda attraverso il loro coinvolgimento nella programmazione e nella gestione delle attività di base del distretto.

Da questa analisi parte il progetto «Distretto sperimentale» con l'obiettivo di rafforzare la «funzione distrettuale» dei M.M.G., responsabilizzandoli alla gestione globale della domanda in una ottica unitaria di distretto, come struttura integrata.

A tal fine venne individuato un distretto che per le sue caratteristiche di tipo demografico (box 3), geomorfologiche, culturali e organizzative si presentava adatto alla sperimentazione di un modello nel quale potessero essere implementati nuovi strumenti gestionali.

In tale distretto (sperimentale) sono state fatte analisi sulla presenza e organizzazione dei servizi, sulla domanda di prestazioni e su i consumi sanitari riconducibili agli assistibili dei medici di medicina generale. A tal proposito si è evidenziato che il 90% degli iscritti all'anagrafe sanitaria del distretto ha scelto un medico del distretto, l'8% un medico fuori dal distretto, il 2% (489 utenti) non ha effettuato la scelta del medico. Il saldo tra le scelte in deroga «acquisite» (numero 2.112 utenti non residenti nel distretto che hanno scelto un medico del distretto) e scelte in deroga «cedute» (numero 3.635 utenti residenti nel distretto che hanno scelto medici di altri distretti) risulta negativo (- 1.523 utenti).

3. Il modello organizzativo del Distretto sperimentale

Nel Distretto sperimentale la responsabilità gestionale viene ricondotta ad un Direttore di distretto dotato di ampia autonomia organizzativa al quale viene assegnato tutto il personale anche in proiezione. Il Distretto è contemporaneamente centro di responsabilità e centro di costo.

Il Direttore di distretto presiede un organo di programmazione e gestione delle attività di base denominato Gruppo paritetico di distretto (G.P.D.) (box 4) costituito da:

- quattro M.M.G. operanti nel Distretto;
- il Medico della medicina dei servizi del distretto;
- uno specialista ambulatoriale;
- il Dirigente medico del distretto (Direttore di distretto).

Il Gruppo paritetico viene integrato a seconda delle problematiche da trattare, da altre figure professionali appartenenti all'area territoriale o ospedaliera.

Ai 31 medici di medicina generale partecipanti al progetto (36 sono i M.M.G. operanti nel distretto) è stato fornito in comodato d'uso per la dura-

ta della sperimentazione un *Personal Computer* con stampante e il collegamento alla rete telematica aziendale e regionale. Ognuno di loro ha sottoscritto un «documento di partecipazione» che impegna i medici a migliorare lo *standard* strutturale dei propri ambulatori e a partecipare, due sabati al mese, ad incontri di aggiornamento-formazione e ai gruppi di lavoro, con gli specialisti ospedalieri, finalizzati alla condivisione di comportamenti diagnostico terapeutici e alla stesura di linee guida ragionate (box 5).

I medici del G.P.D. sono stati delegati dal Direttore del distretto ad occuparsi di problematiche specifiche ed hanno accesso alle informazioni necessarie alla gestione del distretto. Inoltre il G.P.D. tiene direttamente rapporti con la direzione ospedaliera e

Box 3 - Struttura territoriale e demografica del distretto sperimentale

Territorio	Estensione kmq	Popolazione	Densità per kmq
Agliana	11.64	13.641	1.152
Montale	32.02	10.065	314
Quarrata	46.00	21.582	469
Distretto 4	89.66	45.288	499

Box 4 - Compiti del gruppo paritetico di distretto (G.P.D.) (del. 751/97)

- Al G.P.D. competono le seguenti funzioni:
- di coordinamento generale delle attività sanitarie di base oggetto della sperimentazione;
 - di rapporto con la Direzione aziendale;
 - di rapporto con la Direzione ospedaliera;
 - di concorrere alla definizione del Piano attuativo distrettuale (P.A.D.) che dovrà essere coerente alle linee strategiche aziendali e alle indicazioni del Piano attuativo locale;
 - di definizione di un sistema informativo locale;
 - di concorrere alla definizione e gestione del *budget* di Distretto e progettazione del *budget* per medico. Questa funzione viene esercitata con il supporto tecnico del Gruppo di supporto;
 - di definizione di protocolli e linee guida, verifica della loro applicazione e predisposizione di azioni volte alla correzione di comportamenti non conformi;
 - di promozione nei confronti dei colleghi di modalità organizzative, iniziative formative e di tutti quelli strumenti ritenuti più idonei al miglioramento della qualità dell'assistenza in modo che l'intervento di riqualificazione professionale sia condiviso e non vissuto come un'invasione della libertà del medico o peggio come un'imposizione;
 - di informazione all'utenza tramite i canali di comunicazione ed ogni altra azione adeguata a diffondere gli obiettivi del progetto e la sua trasparenza.

Il Gruppo paritetico di distretto verifica in sede locale l'andamento complessivo del progetto, contribuisce a definire gli *standard* minimi per la partecipazione, coordina la partecipazione dei M.M.G. al progetto.

Box 5 - Impegni dei Medici di medicina generale aderenti al distretto sperimentale

● **Adeguamento *standard* ambulatorio:**

- ⊕ informatizzazione-uso P.C. per la gestione dell'ambulatorio;
- ⊕ telefono-possibilità collegamento in rete;
- ⊕ frigorifero-possibilità di eseguire campagne vaccinali;
- ⊕ *set* piccola chirurgia-possibilità di eseguire piccoli interventi.

Questo al fine di:

— costituire un sistema informativo necessario alla gestione del paziente, della comunità e alla qualificazione della spesa. Dati utilizzabili anche per studi epidemiologici e per la definizione delle priorità di intervento (studio sulle cause di ricovero e sede del ricovero: ricoveri *export*). Possibile utilizzazione di servizi della rete: canali preferenziali per la gestione di patologie critiche informazioni scientifiche, posta elettronica;

— aderire a campagne vaccinali (es. antinfluenzale) con possibilità di determinare considerevoli miglioramenti del tasso di copertura globale della popolazione tale da ridurre le complicità legate alla malattia (risultati attesi: riduzione visite domiciliari, impiego farmaci, ricoveri);

— risolvere direttamente problemi di facile soluzione tecnica (rimozione punti, medicazione ecc.) in ambulatorio.

● **Partecipare ad attività di gruppo, e ad incontri per finalità formative/informative.**

● **Elaborazione di linee guida, di percorsi diagnostici e terapeutici, insieme agli specialisti, e impegno al loro rispetto e applicazione.**

Questo al fine di:

— ridurre le prestazioni inefficaci e migliorare la qualità dell'assistenza. e razionalizzare la spesa (farmaceutica, diagnostica e dei ricoveri) mantenendo un elevato *standard* qualitativo dell'assistenza;

— interrompere l'isolamento professionale, valorizzare il lavoro di gruppo, verificare le procedure di accesso alle prestazioni sia di I che di II livello, consentire la possibilità di adottare strumenti comuni per la discussione dei casi (*peer review*, *audit*, ecc.) e di aggiornamento.

● **Collaborazione per la definizione e partecipazione a progetti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrata e dimissione programmate.**

Questo al fine di:

— migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre i ricoveri impropri, potenziare l'assistenza domiciliare e gli interventi di deospedalizzazione.

● **Partecipazione a campagne di prevenzione ed educazione sanitaria.**

Questo al fine di:

— informare e sensibilizzare i pazienti sul corretto uso dei servizi socio-sanitari, contenendo la conflittualità sempre latente tra paziente e medico e tra paziente ed Azienda sanitaria e contemporaneamente ricondurre la domanda del paziente ai bisogni reali e non a quelli indotti dall'esterno.

per specifici progetti con i responsabili delle UU.OO. ospedaliere.

4. Analisi dei consumi del Distretto

Le risorse assorbite dal distretto nel 1997 sono state rilevate dalla contabilità analitica per i costi diretti, dai flussi informativi regionali per l'assistenza ospedaliera, mentre per i costi indi-

retti l'U.O. Controllo di gestione ha provveduto ai necessari ribaltamenti. La tabella 1, relativa all'assorbimento di risorse per macrolivello assistenziale 1997 riveste un carattere indicativo in quanto raggruppa dati desunti da fonti non sempre omogenee e risente del meccanismo dei «ribaltamenti» per incidenza di popolazione. Si può comunque affermare che nel 1997 il

distretto ha assorbito percentualmente più risorse rispetto alla zona di Pistoia nel macrolivello Assistenza territoriale.

In analogia all'articolazione dei macrolivelli di cui alla tabella 1 e sulla base delle azioni programmate con il *budget* di previsione 1999, è stata elaborata la tabella 2 per l'assorbimento di risorse previste per ciascun macrolivello. In questa sede non è stato possibile modificare l'articolazione dei macrolivelli sulla base del nuovo Piano sanitario regionale 1999-2001, si è ritenuto comunque interessante riportare le informazioni di cui alla tabella 2 al fine anche di consentire i confronti con gli anni precedenti. Confronti dai quali emerge per il distretto la previsione di maggiori risorse attribuite alla prevenzione e all'assistenza territoriale nel suo complesso.

Nel distretto sono stati rilevati nel 1997 costi complessivi per lire 73.927.732.000.

Al fine di comprendere la articolazione dei costi sotto riportata (tabella 3) è necessario precisare che per:

1) costi diretti si intende:

— il costo della struttura, rilevato dalla contabilità analitica, è riferito ai costi per il funzionamento dei presidi distrettuali nel loro complesso (personale, materiale sanitario e non, utenze, affitti, manutenzioni ecc.);

— i costi per medicina di base, assistenza farmaceutica, attività specialistiche sono riferiti alle prestazioni erogate agli utenti assistibili (anagrafe sanitaria) dai medici di medicina generale operanti nel distretto. In particolare si evidenzia che gli assistibili sono n. 43.378 di cui n. 32.586 sono in carico ai 31 medici partecipanti al progetto, mentre n. 10.792 sono in carico agli altri 5 M.M.G. Pertanto i costi di cui sopra riferibili a n. 1.910 utenti residenti nel distretto ed assistibili da medici «fuori distretto» sono stati

considerati all'interno dei costi indiretti;

— il costo ricoveri, sono stati considerati i ricoveri ovunque effettuati da tutti i cittadini residenti nel distretto;

2) costi indiretti si intende:

— costi al momento non riconducibili agli utenti assistibili per motivazioni diverse (carenze nel sistema informativo, attività di prevenzione non rivolte alla «persona», attività non ancora completamente monitorate in rete informatica);

— costi per il funzionamento di strutture assistenziali e non assistenziali che operano per l'intera zona di Pistoia;

3) per quanto riguarda la R.S.A. Caselli e la Radiologia Caselli i costi vengono evidenziati come «intermedi», in quanto si ipotizzano azioni di livello aziendale per una loro riorganizzazione e ridefinizione (tabella 3).

I costi rilevati rappresentano la base di partenza per la costruzione del budget previsionale 1999. Tuttavia gli andamenti relativi al 1998, al momento della definizione del budget '99 (novembre '98) non ancora disponibili nella loro interezza, indicavano per i costi diretti, ad esclusione dei ricoveri, un trend in aumento in particolare per quanto riguarda la spesa farmaceutica convenzionata.

Per quanto riguarda i costi indiretti, più influenzati da azioni programmate a livello aziendale, si prevede un incremento per il settore della Prevenzione in quanto l'Azienda dovrà adeguarsi tendenzialmente ai nuovi parametri previsti nel P.S.R. 1999-2001.

In merito ad Assistenza sociale, Salute mentale, Dipendenze la messa a regime del sistema informativo permetterà di definire la ripartizione tra costi diretti e indiretti.

Per le altre voci che compongono i costi indiretti, è ipotizzabile una loro

Tabella 1 - Assorbimento risorse per macrolivello assistenziale 1997

	Distretto %	%	Zona Pistoia %	%	Azienda %	%
Prevenzione	2,97		2,85		3,05	
Assistenza territoriale A.S.C.	47,85	Di cui 43,09	45,73	Di cui 41,54	46,15	Di cui 42,28
Salute mentale		3,74		3,29		2,78
Dipendenze		1,02		0,9		1,09
Assistenza ospedaliera	43,21		45,28		44,91	
Supporto	5,97		6,14		5,89	

Il macrolivello supporto contiene, sia nella tabella 1 che 2, costi di carattere generale non ribaltabili sugli altri macrolivelli (oneri per personale in malattia, direzione, spese generali, investimenti, ecc.).

Tabella 2 - Assorbimento risorse per macrolivello programmate per il Distretto anno 1999

Prevenzione	2.440.010		3,25%	
Assistenza territoriale A.S.C.	37.673.051	Di cui 34.166.053	50,23%	Di cui 45,55%
Salute mentale		2.767.398		3,69%
Dipendenze		739.600		0,99%
Assistenza ospedaliera	31.153.390		41,54%	
Supporto	3.733.549		4,98%	
Totale	75.000.000		100,00%	

Cifre espresse in migliaia di lire.

Tabella 3 - Costi (in migliaia di lire)

	Anno 1997
<i>Costi diretti</i>	
Costo della struttura	2.380.743
Medicina di base	3.883.243
Farmaceutica convenzionata	7.820.034
Attività specialistiche	5.433.373
Ricoveri	29.269.073
Totale	48.786.466
R.S.A. Caselli	1.828.544
RX Caselli	189.727
Subtotale	2.018.271
<i>Costi indiretti</i>	
Prevenzione	2.217.832
Convenzioni	4.516.076
Emergenza territoriale	818.197
Farmaceutica territoriale	944.514
Attività specialistica	226.931
Trasporti sanitari	554.024
Assistenza sociale	3.261.297
Salute mentale	2.767.398
Dipendenze	739.600
Costi generali	4.401.303
Altri costi sanitari	2.675.823
Totale costi indiretti	23.122.995
Totale generale	73.927.732

riduzione conseguente ad azioni aziendali.

5. Gli obiettivi e le azioni programmate

Il Gruppo paritetico, il Coordinatore sociale e il Personale del distretto attraverso una serie di incontri promossi dal Direttore di distretto, utilizzando informazioni di tipo epidemiologico, dati di attività, e la reportistica sui consumi del distretto fornita dal controllo di gestione, hanno individuato le «Aree chiave» sulle quali intervenire con azioni di programma (box 6).

Valutati gli indirizzi aziendali e dei Sindaci, sono stati in seguito definiti i seguenti obiettivi da conseguire nel corso del 1999:

— riorganizzazione funzionale delle attività erogate nel distretto, articolando il lavoro del personale per funzioni;

— sviluppare e qualificare l'assistenza primaria:

a) coinvolgimento dei M.M.G. nella programmazione e gestione del distretto,

b) costituzione gruppi di lavoro integrati per la definizione di linee guida e percorsi assistenziali (malattie respiratorie croniche, utilizzo antibiotici, assistenza domiciliare, informatizzazione, rapporti con la specialistica e il presidio ospedaliero),

c) predisposizione della «cartella socio-sanitaria» per l'assistenza domiciliare,

d) predisposizione del progetto «Verifica e revisione della qualità del percorso assistenza domiciliare»,

e) orientamento delle prestazioni specialistiche a sostegno dell'assistenza primaria,

f) sviluppo quali-quantitativo dell'attività specialistica ambulatoriale del distretto,

g) deospedalizzazione tramite il ricorso ai ricoveri temporanei per gli

ictus e frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni con problematiche sanitarie tramite ricovero in struttura riabilitativa,

h) deospedalizzazione per utenti ultrasessantacinquenni con problemi socio-sanitari tramite ricovero temporaneo in R.S.A.;

— riprogettazione del consultorio familiare;

— costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e predisposizione di un progetto finalizzato ad affrontare le problematiche in chiave non soltanto specialistica;

— definizione di un «Percorso per l'assistenza psichiatrica» finalizzato a garantire l'assistenza agli utenti e alle loro famiglie più rispondente ai bisogni;

— attivazione del «Sistema informativo di distretto»;

— ottimizzazione dell'uso del farmaco;

— riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Gli obiettivi sopra indicati coinvolgono in modo spesso trasversale i Medici di medicina generale, gli Operatori del distretto, gli Specialisti convenzionati e ospedalieri. Al fine di consentire il monitoraggio dei processi e delle azioni programmate per il conseguimento degli obiettivi sono state predisposte apposite schede di programmazione (box 7).

6. Il budget del «Distretto sperimentale»

Programmare e gestire tramite il budget è divenuto un «obbligo» per le Aziende USL, tuttavia, non è ipotizzabile traslare il concetto di budget così come applicato nel settore della produzione industriale ad una azienda pubblica *no-profit* di tipo sanitario.

Al fine di definire le caratteristiche la tipologia e la metodologia di costruzione del budget del distretto sperimentale è stato identificato un apposito gruppo di lavoro aziendale nel qua-

Box 6 - «Aree chiave» individuate dal gruppo paritetico di distretto

Dalle considerazioni emerse dal Gruppo paritetico, dal Coordinatore sociale e dal Personale del distretto, vengono evidenziate le «aree chiave» sulle quali intervenire con azioni di programma:

— riorganizzazione delle attività erogate nei Centri socio sanitari con l'obiettivo tendenziale di garantirne l'apertura per l'intera giornata e di articolare il lavoro per funzioni;

— predisposizione della «cartella socio-sanitaria», quale strumento integrato per l'assistenza domiciliare nelle sue diverse tipologie e per la rilevazione dei bisogni;

— sviluppare l'integrazione metodologica tra i servizi di assistenza sociale U.S.L./Comuni;

— attivare il Consultorio familiare, superando la prevalenza della attività di tipo specialistico;

— definire un percorso per l'assistenza psichiatrica;

— istituire l'attività di riabilitazione a sostegno dell'assistenza primaria;

— attivare il Sistema informativo di distretto e predisporre i reports per il monitoraggio;

— qualificare le attività specialistiche di «consulenza domiciliare e non» per i M.M.G., definire i percorsi assistenziali tra M.M.G. specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, sviluppare l'attività nelle branche di cardiologia, ortopedia, oculistica e immuno-ematologia (trasfusioni a domicilio);

— riorganizzazione dell'attività di radiologia del Caselli;

— attivazione delle «dimissioni programmate» per alcune patologie (ictus e frattura del femore);

— predisposizione di linee-guida e percorsi assistenziali su patologie di interesse prevalente;

— mantenimento della «continuità assistenziale infermieristica» (Progetto *Day Surgery*);

— realizzazione di interventi di Educazione alla salute su: farmaci e salute, anziani, alimentazione, asma B.P.C.O.;

— partecipazione agli *screening* attivati a livello aziendale;

— realizzazione della campagna di vaccinazione anti-influenzale;

— realizzazione di interventi formativi per il personale dipendente e non.

Box 7 - Scheda di budget

Budget 1999

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE N.º2 (Risorse Invariate)

Responsabile: Direttore di Distretto e Gruppo Paritetico

OBIETTIVO: 2 Sviluppare e qualificare l'assistenza primaria.**AZIONI:**

risorse

	personale	attrezzature	beni consumo	altro
2.1 pieno utilizzo dei P.C. in dotazione				Rimborso quota parte software
2.2 predisposizione linee-guida e percorsi assistenziali	Dipendenti in servizio			Indennità ai M.M.G. e al Gruppo Paritetico
2.3 attivazione continuità assistenziale per 20 sabato mattina				Attivazione continuità assistenziale
2.4 predisposizione nuova metodologia integrata per assistenza domiciliare				Gruppo di lavoro M.M.G.
2.5 informazione sull'offerta distrettuale	Personale in servizio			Bollettino di informazione con i Comuni
2.6 incremento attività assistenza domiciliare			Materiale sanitario	Medici di medicina generale e consulti specialistici a domicilio
2.7 deospedalizzazione ricoveri temporanei				Pagamento rette
2.8 progetto V.R.Q. per percorso di assistenza domiciliare	Personale già in servizio			M.M.G.
2.9 campagna vaccinazione antinfluenzale				M.M.G.

COSTI:

risorse

	personale	attrezzature	beni consumo	altro
2.1				10.000.000
2.2				60.000.000
2.3				5.000.000
2.5				A carico dei Comuni
2.6			15.000.000	70.000.000
2.7				132.000.000
2.8				35.000.000

Altre strutture coinvolte:

- U.O. Controllo di Gestione
- Sezione V.R.Q.
- Sezione di Epidemiologia
- Coordinatore Assistenza Sociale
- Servizi Sociali Enti Locali
- Ufficio Programmazione
- C.E.D.
- U.O. Farmaceutica Territoriale
- U.O. Specialistiche e Specialisti convenzionati interni

Risultati attesi:

- 2.1 rilevazione dati epidemiologici sull'utenza del distretto e messa a regime del Sistema di Rete Integrata M.M.G./U.S.L.
- 2.2 linee-guida e percorsi assistenziali su Asma B.P.C.O., uso antibiotici, percorso assistenza domiciliare,
- 2.3 garantire la partecipazione dei M.M.G. ai gruppi di lavoro
- 2.4 predisposizione della "cartella" socio-assistenziale di distretto quale strumento per la definizione dei "bisogni" e definizione del percorso per accedere all'assistenza domiciliare
- 2.5 realizzazione, in collaborazione con i Comuni, di un Bollettino informativo rivolto sia all'utenza che ai medici del distretto
- 2.6 incremento del numero dei "casi trattati" a domicilio (da 1.300 a 1.900)
- 2.7 mantenimento del trend di ricorso al ricovero temporaneo per deospedalizzazione per ictus e frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni.

Indicatori:

- 2.1 relazione sullo stato di attuazione del Progetto informatizzazione M.M.G. entro il 30/04/1999
 - n° M.M.G. collegati in rete/M.M.G. aderenti al progetto
 - n° incontri del gruppo / numero partecipanti a ciascun gruppo (conseguimento minimo del 70% delle presenze)
 - fornitura dati relativi a:
 - n° per tipologia ricoveri richiesti per medico/ricoveri totali
 - n° vaccinati/ soggetti con polipatologia cronica
- 2.2 presentazione dei progetti di linee-guida e percorsi assistenziali da parte dei gruppi di lavoro entro il 30/04/1999
 - n° incontri per ciascun gruppo / numero partecipanti a ciascun gruppo (conseguimento minimo del 70% delle presenze)
- 2.3 n° continuità assistenziale attivata/ n° continuità assistenziale programmata
- 2.4 predisposizione della cartella socio-sanitaria per l'assistenza domiciliare entro il 30/09/1999
- 2.6 n° pazienti trattati 1999/ p.z. trattati 1998
 - n° accessi domiciliari 1999/ 1998 per M.M.G. per A.D.P. e A.D.I.
- 2.7 n° ricoveri temporanei 1998/1999
- 2.8 predisposizione indicatori di qualità entro il 30/09/1998
- 2.9 Tasso di copertura vaccinale 1998/1999
 - n° vaccinazioni effettuate dai M.M.G. 1998/199

le erano presenti oltre al controllo di gestione i medici di comunità e della direzione sanitaria.

Nella costruzione del *budget* si è analizzato preliminarmente il ruolo e le interrelazioni fra:

- a) utente che rappresenta:
 - la «domanda» in quanto è portatore del bisogno di assistenza;
 - le «entrate» in quanto le risorse vengono definite per quota capitaria;
 - il «cliente» in quanto è colui che utilizza il prodotto (prestazioni);
- b) medico di medicina generale che:
 - valuta il bisogno sanitario;
 - orienta la domanda;
 - gestisce risorse;
- c) prestazioni erogate che consentono di:
 - analizzare la domanda espressa;
 - definire i costi;
- d) il Distretto che si configura come l'insieme coordinato dei tre fattori.

Il gruppo di lavoro per la definizione del *budget* ha inquadrato la propria analisi partendo dal presupposto di garantire un livello quali-quantitativo di assistenza in modo da soddisfare il bisogno e di conseguire una ottimale utilizzazione delle risorse assegnate in grado di permettere nuovi investimenti in servizi, attrezzature nell'ambito del distretto ed incentivi per gli operatori coinvolti.

Questo assunto ha orientato il gruppo di lavoro ad escludere la definizione di *budget* per il singolo medico di medicina generale al fine di evitare che gli obiettivi di razionalizzazione delle risorse risultassero, nella fase operativa, prioritari rispetto al livello di assistenza garantito. Infatti, le variabili che influenzano il comportamento del medico nella gestione della domanda sono molteplici e non sempre risolvibili dal singolo se non con un abbassamento del livello di assi-

stenza, mentre gli stessi obiettivi assegnati al distretto possono essere conseguiti, sia pure con gradienti diversi di partecipazione, dai singoli operatori coinvolti.

È stato quindi deciso di definire una programmazione e un *budget* complessivo di distretto, riservandosi di predisporre eventuali *budget* derivati per singolo medico in relazione ad alcuni fattori produttivi quali: l'assistenza farmaceutica, i ricoveri, le prestazioni specialistiche, finalizzati più al monitoraggio dei fenomeni.

Tuttavia il *budget* assegnato ha valore indicativo stante l'incertezza sulle modalità di finanziamento e sulla entità della quota del Fondo sanitario regionale che sarà attribuita all'Azienda da parte della Regione Toscana. Pertanto il *budget* potrà subire modificazione legate alle nuove modalità di finanziamento.

Per la definizione del *budget* è stata mantenuta la distinzione tra costi diretti ed indiretti, al fine di consentire al distretto di programmare e gestire le risorse assegnate tramite azioni di cui è effettivamente protagonista, pur mantenendo la visione di insieme delle risorse complessivamente assorbite. In questa logica si dovrà agire prevalentemente sulla programmazione e gestione dei costi diretti tramite il totale coinvolgimento dei M.M.G.

Dovranno, altresì, essere messe a punto le metodologie ed il sistema informativo al fine di definire i costi diretti attualmente inseriti all'interno dei costi indiretti. Questo anche per consentire una migliore allocazione delle risorse per l'intera struttura aziendale.

Il *budget* del distretto sperimentale rappresenta uno strumento dinamico di programmazione. Infatti il *budget* considera i costi registrati nel 1997, mentre la previsione 1999 è stata ipotizzata considerando sia le analisi sugli andamenti dei costi 1998 effettuate dal Responsabile della U.O. Controllo

di gestione, sia gli indirizzi aziendali, dei Sindaci, e le relative azioni programmate dal Gruppo paritetico. I monitoraggi che saranno consentiti dal sistema informativo rappresentano gli strumenti per la ridefinizione dinamica delle previsioni di *budget*. In questa logica rientrano anche le «voci Riserva aziendale e Riserva di distretto»; infatti la dinamicità del *budget* di distretto rende necessario monitorare i risparmi effettivamente realizzati al fine di programmare i successivi interventi di sviluppo (box 8).

7. Conclusioni

Entro i primi mesi dell'anno 2000, al consolidarsi dei dati di monitoraggio, sarà possibile verificare se al raggiungimento degli obiettivi di *budget* corrisponde anche una diversa allocazione dei consumi con la costituzione del fondo di distretto. Una prima valutazione sui risultati attesi ha fornito dati confortanti in relazione soprattutto al recupero delle fughe su i ricoveri ospedalieri. Inoltre sono stati realizzati, con esito positivo, i progetti-obiettivo concordati con i medici aderenti alla sperimentazione che riguardavano la predisposizione degli strumenti necessari al conseguimento della omogeneità dei comportamenti e alla appropriatezza della prescrizione (linee guida su uso antibiotici, diagnosi e terapia asma e B.P.C.O.) e della scheda per l'assistenza domiciliare integrata, strumento indispensabile per migliorarne la qualità. La campagna di vaccinazione anti-influenzale 1999-2000 ha permesso di ottenere un elevato tasso di copertura vaccinale (64.3%) negli ultra 65enni (box 9). La implementazione delle linee guida, il nuovo rapporto instaurato con il livello specialistico unitamente a un razionale utilizzo del personale di assistenza del distretto porterà nel 2000 ad un ulteriore incremento dei casi trattati a domicilio.

Box 8 - Budget previsionale 1999 (cifre espresse in migliaia di lire)

	Costi 1997	Previsione 1999	Incremento	Incremento %
<i>Costi diretti</i>				
Costo della struttura	2.380.743	2.700.000	319.000	13,39%
Medicina di base	3.883.243	4.050.000	167.000	4,31%
Farmaceutica convenzionata	7.820.034	8.100.000	280.000	3,58%
Attività specialistiche	5.433.373	5.860.000	427.000	7,85%
Ricoveri	29.269.073	28.600.000	- 670.000	- 2,29%
		49.288.000		
Riserva distretto		900.000		
Riserva aziendale		670.000		
Totale	48.786.466	50.880.000		4,29%
R.S.A. Caselli	1.828.544	1.828.544		
RX Caselli	189.727	189.727		
Subtotale	2.018.271	2.018.271		
<i>Costi indiretti *</i>				
Prevenzione	2.217.832	2.440.010		
Convenzioni	4.516.076	4.316.468		
Emergenza territoriale	818.197	782.401		
Farmaceutica territoriale	944.514	901.751		
Attività specialistica	226.931	216.597		
Trasporti sanitari	554.024	530.441		
Assistenza sociale	3.261.297	3.116.344		**
Salute mentale	2.767.398	2.767.398		**
Dipendenze	739.600	739.600		**
Costi generali	4.401.303	3.733.549		
Altri costi sanitari	2.675.823	2.557.170		
Totale costi indiretti	23.122.995	22.101.729		
Totale generale	73.927.732	75.000.000		

Riserva aziendale: stante l'obiettivo nazionale, regionale e aziendale del raggiungimento di un tasso di ospedalizzazione pari a un 160 per mille, viene programmata per il distretto la riduzione di 4 punti del tasso di ospedalizzazione. Il minor costo derivante dal raggiungimento di questo obiettivo viene trattenuto dall'Azienda in considerazione degli interventi attuati (ad esempio letti di osservazione filtro al pronto soccorso) per favorire la riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Nel caso in cui la riduzione del tasso di ospedalizzazione dovesse avvenire con il contestuale abbattimento delle fughe, sarà possibile concertare con l'Azienda un eventuale utilizzo di una quota parte della «riserva aziendale di budget» per investimenti nel distretto.

Qualora il tasso di ospedalizzazione dovesse risultare inferiore al 168 per mille le risorse rese disponibili formeranno oggetto di trattativa con la Direzione aziendale per la loro allocazione.

Riserva di distretto: le risorse indicate in questo «conto» dovrebbero derivare dal conseguimento degli obiettivi programmati. Tale riserva potrà essere utilizzata per garantire eventuali costi aggiuntivi e/o per il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

L'eventuale riserva di distretto consolidata a fine gestione verrà così suddivisa:

- 50% per investimenti in attrezzature e personale all'interno del distretto;
- 25% per sviluppare ulteriormente l'assistenza primaria e l'attività dei M.M.G.;
- 25% a disposizione dei M.M.G. quale incentivazione prevista dall'Accordo collettivo nazionale.

Le modalità per la ripartizione del fondo e i servizi da attivare saranno proposti dai M.M.G. aderenti al progetto.

La programmazione degli investimenti sarà predisposta dal Direttore del distretto di concerto con il Gruppo paritetico entro il mese di febbraio 2000.

Pertanto, nella nostra anche se limitata esperienza, il *budget* rappresenta uno strumento utile alla programmazione delle attività e al governo della domanda, purché i risultati attesi siano collegati a obiettivi di tipo sanitario. Viceversa legare il *budget* ad obiettivi di risparmio centra i comportamenti dei professionisti sull'aspetto economico o sull'*output* piuttosto che sul risultato di salute o *outcome*, a scapito della qualità dell'assistenza.

Inserire nel *budget* di distretto obiettivi di riduzione delle «fughe», di razionale utilizzo delle strutture e dei presidi aziendali è coerente al fatto che le Aziende sanitarie sono finanziate per quota capitolaria. La misura del recupero delle fughe, dei ricoveri evitabili per DRG, dell'applicazione di un protocollo diagnostico-terapeutico o di una linea-guida, ha significato da un punto di vista statistico solo su numeri di una certa consistenza. Il distretto (almeno di 50 mila abitanti) rappresenta l'ambito adeguato a misurare i fenomeni anche da un punto di vista epidemiologico.

Il medico di medicina generale del distretto, recupera il ruolo di figura centrale nel sistema delle cure primarie, diventa protagonista nelle scelte organizzativo-gestionali e contribuisce a risolvere in modo etico la questione economica legata all'uso appropriato e responsabile delle «scarse» risorse della comunità.

Ringraziamo Giovanni Fattore e Mario Del Vecchio per l'aiuto e il supporto alla pubblicazione. Un grazie al Direttore generale della ASL 3 di Pistoia, dott. Pasquale Gerardi, promotore della sperimentazione; al Gruppo paritetico del distretto (dott.ri Pastacaldi, Santini, Torselli, Daddi e C. Cocivera,) e al Gruppo di supporto aziendale al distretto sperimentale (sig. G. Petruzzelli, dott.ssa C. Gherardeschi, dott. G. Santerini) per il lavoro svolto. Un ringraziamento per la attiva partecipazione al dott. Claudio Cricelli, ai medici aderenti al progetto sperimentale, agli operatori del distretto e alla sig.ra M. Cioni infaticabile supporto amministrativo alla sperimentazione.

Box 9 - Valutazione dei risultati attesi nella scheda di budget n. 2 (box 7) (sono riportati in apposita colonna gli incentivi e i rimborsi concordati che trovano riscontro nella scheda di budget alla voce costi)

Azioni	Attori	Risultati attesi	Risultati conseguiti	Incentivi e rimborsi concordati
2.1 pieno utilizzo dei P.C. in dotazione	Gruppo di supporto aziendale M.M.G. aderenti al progetto	rilevazione dati epidemiologici sull'utenza del distretto e messa a regime del Sistema di Rete Integrata M.M.G./U.S.L.	65% medici collegati alla rete aziendale Relazione sullo stato di attuazione del Progetto informatizzazione.	Rimborso quota parte software M.M.G. e corso formazione uso P.C.
2.2 predisposizione linee-guida e percorsi assistenziali 2.4 predisposizione nuova metodologia integrata per assistenza domiciliare 2.8 progetto V.R.Q. per percorso di assistenza domiciliare	Gruppo di supporto aziendale e specialisti, MMG, personale distretto	Asma- B.P.C.O., uso antibiotici, percorso assistenza domiciliare, percorsi assistenza specialistica ed ospedaliera predisposizione della "cartella" socio-assistenziale di distretto	produzione linee- guida e percorsi assistenziali su Asma Bpco, uso antibiotici, percorso assistenza domiciliare, percorsi assistenza specialistica ed ospedaliera	Indennità ai M.M.G. e al Gruppo Paritetico
2.3 incontri gruppi di lavoro per 20 sabato mattina (al fine del punto 2.2) e dei medici coordinatori dei gruppi nei restanti sabato	Personale amministrativo Azienda, Medici continuità assistenziale, Medici del Gruppo Paritetico	garantire la partecipazione dei M.M.G. ai gruppi di lavoro	Vedi punto 2.2	Attivazione continuità assistenziale, rimborso sostituzioni ai coordinatori dei gruppi di lavoro
2.5 informazione sull'offerta distrettuale	Personale in servizio nel Distretto	predisposizione da parte del Gruppo Paritetico di una "Guida ai servizi del distretto" su supporto informatico	Predisposto a cura del Personale del Distretto	
2.9 campagna vaccinazione antinfluenzale	Personale Distretto, MMG, Gruppo Supporto		Predisposto programma	Secondo disposizioni Regionali ai MMG

COSTI: risorse

	personale	attrezzature	beni consumo	Altro
2.1				10.000.000
2.2				60.000.000
2.3				5.000.000
2.9				35.000.000

CLIMA ORGANIZZATIVO E RAPPORTI DI LAVORO: UN'ESPERIENZA

Giampaolo Marino, Barbara Boccafogli, Andrea Guerzoni

Ospedale di Vignola (Azienda Usl di Modena)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. L'ospedale di Vignola - 4. Risultati - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

L'indagine di clima deve servire come metodo d'intervento sulle organizzazioni e come tale deve essere considerato ed utilizzato: rappresenta essenzialmente un'occasione per una presa di coscienza collettiva, in cui le percezioni organizzative di tanti vengono valutate nella stessa maniera, dando validità a tutte, e non a quelle provenienti da una sola parte, come forse è accaduto nel passato, per far sì che alla fine ci possano essere, se non la creazione di un clima di fiducia di base, almeno un linguaggio e una visione comune.

Varrebbe forse la pena ricordare l'antico apologo indiano: «... alcuni uomini, tutti ciechi, incontrano un giorno un elefante. Nessuno di loro sa dell'esistenza di un animale siffatto e quando ne parlano insieme il primo di loro afferma di aver incontrato una grande foglia, il secondo, un muro, il terzo dice che era certamente un albero possente, per il quarto si trattava di una lancia, il quinto dice di essere entrato in contatto con un serpente... Ciascuno di loro aveva fatto l'esperienza con una parte diversa dell'elefante e ne aveva ricavato un'impressione assai diversa».

Noi, dirigenti delle organizzazioni sanitarie, spesso assomigliamo a quei

ciechi, e le nostre organizzazioni, a quell'elefante. Come quei ciechi, entriamo in contatto con un fenomeno vasto e complesso, con l'ausilio di un apparato percettivo, che ci consente di avere solo una conoscenza parziale e faziosa, e, di conseguenza, sviluppiamo delle prospettive, che hanno certamente una qualche attinenza con l'organizzazione, ma che si rivelano tutte, in qualche modo, inadeguate.

L'indagine di clima, in altri termini, può aiutare a capire come vanno le cose al di là dei precetti di *management* e al di là degli assetti strutturali delle organizzazioni, a comprendere cosa si nasconde dietro il palcoscenico, e a spiegare gli apparenti paradossi di un mondo, come quello organizzativo, dove talvolta succede, perfino, che le cose vadano davvero come regole, procedure, protocolli, e ordini di servizio, stabiliscono.

Uno dei paradossi dell'organizzazione della sanità, consiste nel fatto che, per aumentare il controllo sulle persone e sulle prestazioni professionali, si tende ad aumentare il numero e la rigidità delle regole di funzionamento.

2. Materiali e metodi

L'indagine ha coinvolto tutti gli operatori dell'ospedale, 248 persone,

con un'adesione del 74% così suddivisa: 29 medici, 97 infermieri professionali, 28 tecnici/fisioterapisti, 17 OTA/ausiliari e 10 amministrativi.

Gli argomenti hanno riguardato diversi aspetti del lavoro e degli operatori: il grado di soddisfazione, il potere, lo *stress*, l'immagine del proprio ospedale, la retribuzione economica, i rapporti con i colleghi, il ruolo e la credibilità della Direzione sanitaria, dell'AUSL, del sindacato, e la speranza nel futuro.

L'indagine è stata realizzata mediante la tecnica del «*check-up* organizzativo», riportata qui di seguito.

1. Presentazione del progetto ai primari, ai responsabili del servizio infermieristico, alle caposala, ai sindacati e al Comitato consultivo misto.

2. Stesura di un questionario e sua validazione, con la convocazione di un *focus group*, rappresentativo del campione da esaminare, in cui è stata prevista la partecipazione e il contributo di un supervisore.

3. Invio a ciascun dipendente di una lettera personale del Direttore sanitario, inerente alle finalità e ai contenuti dell'indagine di clima, con la data della convocazione prevista per la partecipazione alla sessione.

4. Convocazione degli operatori sanitari (max 15 o 20 persone alla volta),

scelti sulle liste del personale in modo del tutto casuale.

5. Il *trainer* che ha il compito di condurre la discussione, dopo le presentazioni personali, precisa lo scopo dell'intervista e il motivo dell'incontro, la diagnosi del clima organizzativo e dei rapporti di lavoro. La discussione, della durata complessiva di circa 20-25 minuti, viene introdotta con alcune domande, di solito formulate così: «Come descrivereste la vostra realtà lavorativa?»... «Quali sono i problemi più importanti e scottanti, che ultimamente dovete affrontare sul lavoro?»... «Che cosa è cambiato, nella vostra organizzazione, da qualche anno a questa parte?»... «Per quali motivi rimanete nella vostra organizzazione?»... «Che cosa, secondo voi, avverrà in futuro e quali saranno le risorse da potenziare?».

6. Il *trainer* deve cercare di limitare i suoi interventi il più possibile, adeguando il suo linguaggio a quello del gruppo, evitando di diventare il *leader*, lasciando che sia il gruppo a diventare il vero protagonista. Una volta avviata la discussione, che in genere procede spontaneamente, dopo 20-25 minuti si passa alla fase della misurazione individuale tramite questionario.

7. Dopo questa prima fase essenziale di «warming-up» (letteralmente riscaldamento), si passa alla somministrazione del questionario per raccogliere e valutare gli atteggiamenti, le opinioni e i giudizi precedentemente espressi.

8. Risulta di fondamentale importanza a questo punto, garantire il rispetto dell'anonimato più stretto a chi compila il questionario. I temi vagliati dal questionario, hanno riguardato la concretezza, il sentimento del potere, lo *stress* organizzativo, la motivazione verso l'organizzazione, la credibilità dei protagonisti, la speranza e gli stili di gestione, mentre una parte finale è

stata lasciata volutamente libera, per raccogliere eventuali commenti, suggerimenti e critiche.

9. L'ultima fase in ordine cronologico è stata quella dell'elaborazione statistica dei dati e l'invio dei risultati agli operatori.

È fondamentale, e vincolante al tempo stesso, mantenere l'impegno preso con i partecipanti al momento della compilazione, di garantire una completa restituzione dei dati elaborati, con la massima chiarezza e trasparenza possibile, cercando di accompagnare l'invio personale del *report* a ciascun partecipante, con momenti di discussione e confronto comuni. L'ideale sarebbe riconvocare i medesimi piccoli gruppi, protagonisti degli incontri e della seduta di compilazione, per uno scambio di pareri riguardo ai punti e ai problemi principali emersi dall'elaborazione dei questionari.

3. L'ospedale di Vignola

Il contesto socio culturale in cui è inserito l'ospedale di Vignola, è prevalentemente agricolo-artigianale, ancorato ai valori tradizionali che, inevitabilmente, hanno finito per caratterizzare i rapporti di lavoro e gli stili di gestione al suo interno: conformità e rigidità rispetto all'innovazione e all'elasticità, polarizzazione sui rapporti interni rispetto all'apertura verso l'esterno, orientamento al «compito» rispetto all'iniziativa personale, alla delega e alla creatività, senso di continuità con il passato, «da dove vengo», rispetto al senso del futuro, «dove voglio andare», decisioni assunte per via gerarchica rispetto a decisioni collegiali e di *team*, pettegolezzo rispetto a tolleranza, accettazione delle modalità di lavoro rispetto alla loro messa in discussione, «territori» da difendere, rispetto a «territori» da condividere.

Come si vede, molte caratteristiche sono espressione di «continuismo»

con il passato, piuttosto che di cambiamento e discontinuità, condizioni comuni a tantissime altre realtà sanitarie.

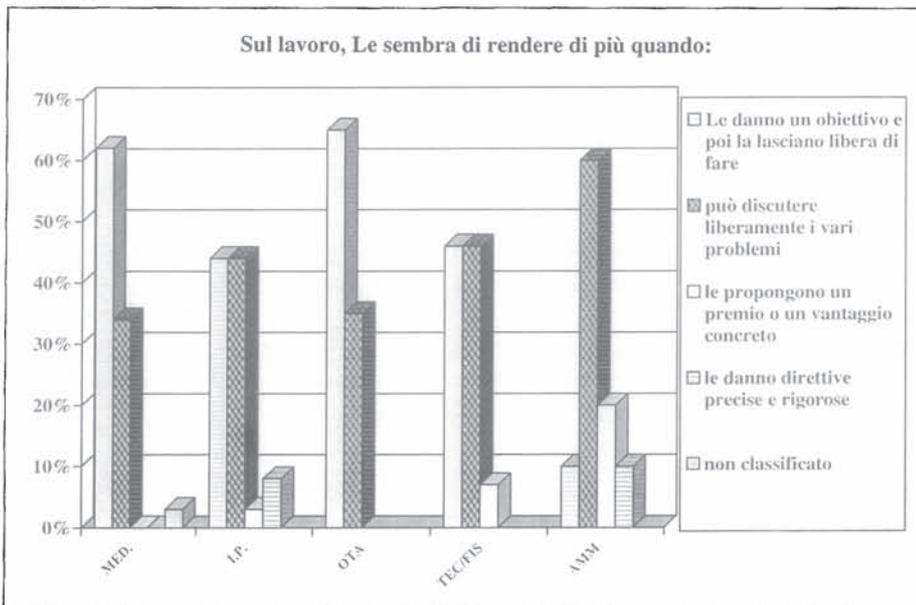
L'ospedale di Vignola si caratterizza anche per una forte abnegazione al lavoro degli operatori, validissime professionalità mediche, infermieristiche e tecniche. La maggior parte dei nostri dipendenti, primari compresi, ha ora un'anzianità di servizio al di sotto dei 15 anni, e la componente generazionale non è certo un fatto trascurabile in sanità.

4. Risultati

I risultati dell'indagine hanno indicato che la soddisfazione degli operatori sanitari dell'ospedale di Vignola, dipende dall'appagamento delle loro esigenze psicologiche, almeno altrettanto, quanto la soddisfazione delle loro esigenze materiali. Per gli operatori avere l'opportunità di partecipare significa sentirsi collaboratori, su un piano di parità, in un'impresa comune, invece che meri subalterni, passivi e svogliati, chiamati ad eseguire degli ordini. La partecipazione rafforza e crea negli operatori, siano essi medici, infermieri, tecnici/fisioterapisti, OTA-ausiliari e amministrativi, la convinzione che meritino di essere consultati e che venga riconosciuta e valorizzata la loro intelligenza e competenza. La possibilità di raggiungere gli obiettivi di lavoro, in completa autonomia gestionale e professionale, è risultata prioritaria per tutte le categorie professionali (grafico 1).

Il sentimento del potere è una variabile che descrive il tipo di rapporti esistenti all'interno dell'organizzazione sanitaria, di come sono percepite e vissute non solo le relazioni fra i diversi livelli gerarchici, ossia le relazioni formali tra i gruppi, ma anche di tutti quei rapporti «d'influenzamento»

Grafico 1



reciproco che sovente non appaiono a livello formale. Il potere non è una proprietà stabile di un individuo o gruppo: dipende dalle relazioni e dal contesto in cui si esplica. Il sentimento del potere viene percepito dai medici come parte integrante e indivisibile del proprio ruolo di responsabilità e di garanzia all'interno del sistema di diagnosi e cura, mentre le altre categorie professionali non lo percepiscono come un elemento fondante del proprio ruolo professionale.

La richiesta di una maggiore acquisizione di potere sul lavoro accomuna trasversalmente tutte le categorie professionali. Il potere viene identificato, da tutte le categorie professionali, con la richiesta di un maggior coinvolgimento individuale e con la consapevolezza dell'importanza dell'assunzione della responsabilità «in prima persona», per il raggiungimento degli obiettivi di lavoro (grafico 2).

Lo *stress* è una conseguenza dell'innovazione e del cambiamento. Un aspetto importante dello *stress* per l'operatore sanitario, deriva dal confronto che egli fa tra quello che crede di sa-

per fare e quello che crede gli venga richiesto.

I risultati dell'indagine hanno dimostrato che il processo di espansione tecnologica e organizzativa ha comportato uno *stress* e una difficoltà, per gli operatori, nella gestione del *surplus* di stimoli e di informazioni, derivato in particolare dal sottodimensio-

namento dei gruppi di lavoro, dal sovraccarico o dall'insufficienza di ruoli e mansioni, e dalle nuove e più complesse modalità di lavoro.

Lo *stress* conseguente a questi cambiamenti, ha portato gli operatori sanitari a perdere parte della visione d'insieme e la percezione che si sta procedendo verso il conseguimento di mete strategiche.

Spesso a guidare le attività sanitarie diviene allora il caso, o, lo diventano, le «nuove» richieste che giungono in modo pressante e urgente.

La retribuzione economica, probabilmente da intendersi anche come riconoscimento dell'importanza e del significato del proprio lavoro, viene percepita come insufficiente e inadeguata da parte degli infermieri e dei tecnici/fisioterapisti, mentre è ritenuta meno penalizzante dai medici (grafico 3).

Tutte le categorie professionali giudicano la quantità e il carico di lavoro, solo in parte, adeguato alle proprie capacità di farvi fronte.

Tutti gli operatori sanitari considerano la propria formazione e istruzione professionale, coerente rispetto alle

Grafico 2

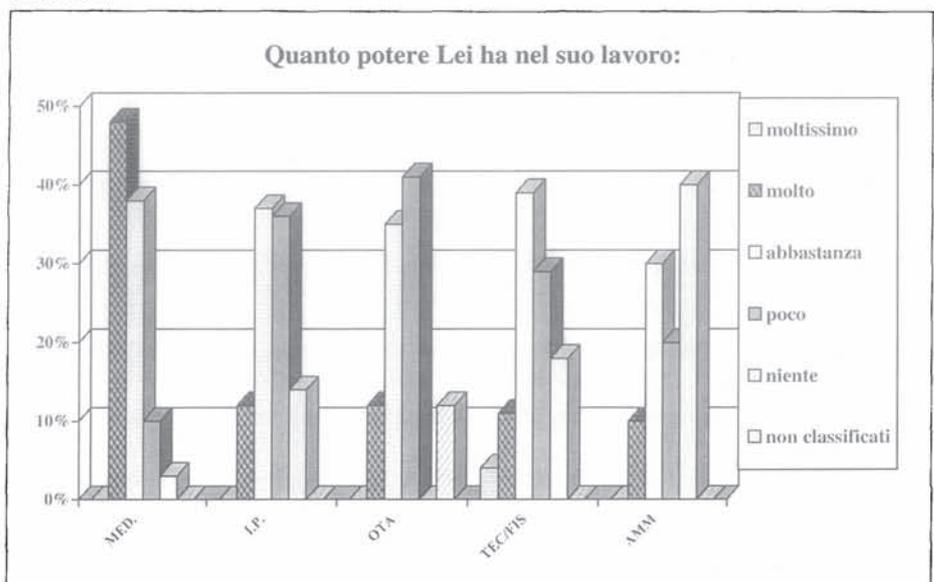
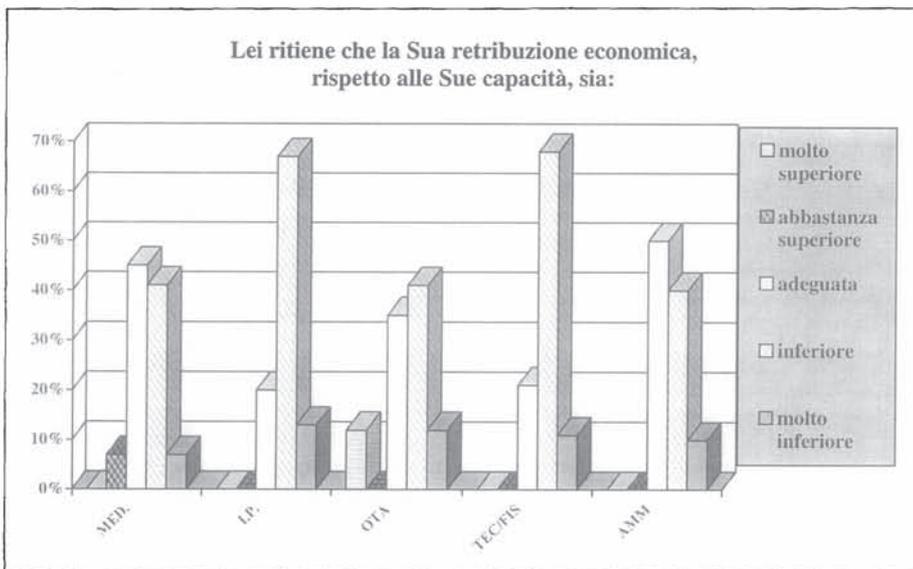


Grafico 3



richieste, ma, sottoutilizzata, rispetto alle reali esigenze dell'organizzazione sanitaria.

L'operatore sanitario lavora per un'organizzazione, i cui obiettivi, spesso, non ha scelto. L'organizzazione, inoltre, gli offre solo un'identità di ruolo, che si rivela estremamente parziale: ognuno viene riconosciuto non per quello che è, come persona, ma come ruolo, come un'unità anonima di struttura.

I medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari, hanno tutto sommato, un'immagine positiva del proprio ospedale, che tuttavia diventa negativa, se riferita alla soddisfazione per il proprio lavoro. In tutte le figure professionali interpellate predomina la percezione di una scarsa valorizzazione delle proprie capacità tecniche e qualità personali.

L'analisi della «credibilità» dei colleghi, della Direzione sanitaria, dell'AUSL e del sindacato, ha evidenziato come l'operatore si rapporta con le varie componenti dell'organizzazione con cui entra in contatto. Ciò è determinato da come lui le percepisce effettivamente e dal grado di affidamento che sente di poter fare su di esse.

I medici, gli infermieri, i tecnici/fisioterapisti, gli OTA/ausiliari e gli amministrativi dell'ospedale di Vignola, hanno un'immagine dei propri colleghi di lavoro molto positiva, confermata da una grande fiducia nei loro confronti e dal riconoscimento per la loro competenza professionale. La percezione dei propri colleghi di lavoro, come grande forza morale e professionale, è emersa anche durante i vari incontri di preparazione all'indagine di clima, in cui gli operatori sanitari sono stati stimolati a descrivere e osservare la propria organizzazione, al fine d'individuare le aree-problema e i punti-forza.

Tutte le categorie professionali, alla richiesta di esprimere una valutazione sui rapporti con la Direzione sanitaria, in un'elevata percentuale di casi, non esprimono alcun parere, mentre nei restanti ne sottolineano una discreta competenza ed affidabilità.

I medici, gli infermieri, i tecnici-fisioterapisti e gli amministrativi, con la sola esclusione degli OTA-ausiliari, esprimono una certa difficoltà a riconoscere il ruolo di referente istituzionale e di interlocutore privilegiato, propri dell'Azienda USL, conferman-

do ciò con l'alta percentuale di «non so», nelle risposte.

Tutte le categorie professionali esprimono un giudizio critico e riconoscono, solo parzialmente, le competenze tecniche del loro sindacato. Queste valutazioni critiche possono, forse, trovare parziale riscontro nel più vasto contesto socio-politico che si sta delineando in questi ultimi anni a livello nazionale e internazionale, in seguito alla caduta delle ideologie e della conseguente crisi dei partiti, dei modelli tradizionali e del sindacato stesso.

In un'indagine di clima risulta fondamentale andare a verificare quanto gli operatori sanitari siano propensi al cambiamento delle condizioni organizzative del momento, cioè quanta speranza abbiano che, in futuro, i problemi vengano risolti.

La speranza per un cambiamento futuro dell'organizzazione sanitaria, in cui possa aumentare la solidarietà, la fiducia, la collaborazione, la comunicazione e l'integrazione reciproca, è risultato essere comune e trasversale a tutte le categorie professionali che lavorano nell'ospedale di Vignola.

La sanità vive in uno stato di continuo cambiamento.

A volte i cambiamenti sono grandi, a volte sono piccoli, ma un cambiamento c'è sempre. Le condizioni che li favoriscono nascono dall'interno e dall'esterno. Ne consegue che c'è un costante bisogno di decisioni che guidino l'adattamento a questi mutamenti.

Tutti gli operatori dell'ospedale di Vignola sono concordi nel ritenere che, rispetto al passato, le loro opinioni sono tenute in maggior considerazione dalla Direzione sanitaria, la circolazione delle informazioni è aumentata, così come la partecipazione alle decisioni che riguardano il loro lavoro.

I medici, alla domanda di quale sia la figura professionale che si comporta sul lavoro con maggior senso di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi, rispondono che esiste una grande differenza tra il passato e il presente.

Per il passato, rispondono che tale figura si identificava in loro stessi, mentre per il presente sottolineano che sono gli operatori di vari livelli e reparti, a comportarsi con maggior senso di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi di lavoro. Tutte le categorie professionali, inclusi i medici, sottolineano così una riduzione della centralità del ruolo del medico (grafico 4).

5. Conclusioni

I cambiamenti degli assetti istituzionali, burocratici e organizzativi delle varie riforme della sanità italiana, succedutesi in questi ultimi anni, sono riusciti, solo in parte, a coinvolgere gli operatori della sanità in questa profonda trasformazione, che è stata più subita che condivisa (grafico 5).

Al centro dell'organizzazione sanitaria deve esserci la «persona», sia essa operatore, sia utente. La persona, non le tecnologie, non le normative, non le risorse economiche, non la cicca burocrazia, non le alchimie manageriali, si rivelerà vincente per la nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria del terzo millennio.

Qualsiasi obiettivo di miglioramento è perseguibile solo a condizione che si verifichino dei cambiamenti nei comportamenti, nelle motivazioni e nelle conoscenze degli operatori della sanità.

L'indagine sul clima organizzativo, compiuta dalla Direzione sanitaria dell'ospedale di Vignola, ha evidenziato le richieste degli operatori sanitari di un maggior coinvolgimento, dialogo e partecipazione sul lavoro,

l'attaccamento al proprio lavoro, la voglia di impegnarsi, di mettersi in gioco e di assumersi le proprie responsabilità.

Le richieste di un maggior coinvolgimento, potere e responsabilità, sono la dimostrazione che l'organizzazione è quanto mai pronta ad una riduzione della «piramide organizzativa», al fine di avvicinare il vertice strategico alla base operativa.

La valorizzazione delle professionalità, la partecipazione, l'autonomia, la responsabilizzazione, possono contribuire a cambiare, in meglio, il modo di gestire e di fornire assistenza sanitaria.

Il metodo migliore è quello di raccogliere le testimonianze direttamente dagli operatori stessi, sui punti di forza e di debolezza presenti nella loro realtà lavorativa che potrebbero rive-

Grafico 4

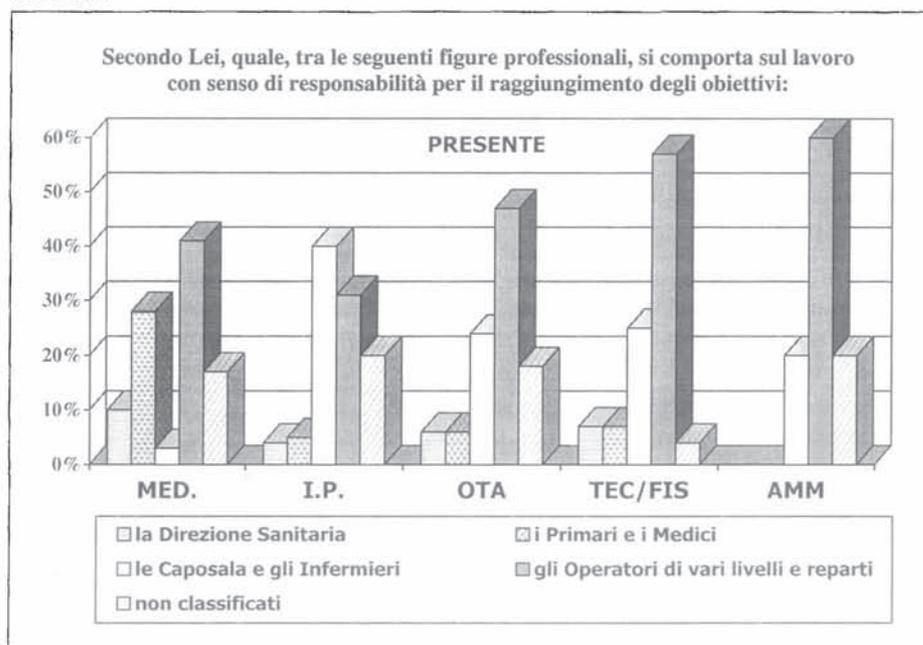
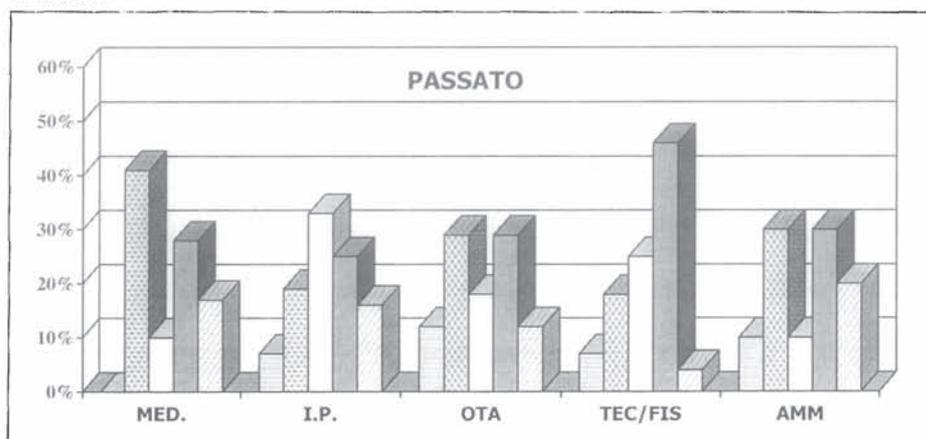


Grafico 5



larsi il perno, su cui agire, per realizzare un radicale cambiamento.

Spesso, sono proprio gli stessi diretti interessati a fornire la «chiave» che sblocchi e risolve «quei problemi», che loro conoscono, sicuramente, meglio di chiunque altro.

Gli operatori sanitari non sono delle macchine.

Il lavoro in ospedale ha un costo, in termini personali, molto alto: sono uomini e donne che ogni giorno lavorano a contatto con la sofferenza, il disagio, l'angoscia, il dolore e, sovente, con la morte.

Una delle nostre infermiere ha scritto sul questionario: «Mi auguro che tutto questo possa migliorare la situazione aziendale per lavorare meglio con tutti gli operatori e l'utente, e avere più soddisfazioni nell'ambiente di lavoro».

BIBLIOGRAFIA

- L. AMOVILLI (1995), *Organizzare qualità misurare e pensare la mentalità di servizio*, Pàtron Editore, Bologna.
- D. BONENTI, A. MENEGHELLI (1992), *Assertività e training assertivo. Una guida per l'apprendimento in ambito professionale*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- R. BOR, R. MILLER (1991), *Internal Consultation in Health Care Settings*, Karnac Books, London, New York.
- J. CARLZON (1997), *La piramide rovesciata. La bibbia del manager nell'era dei servizi*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- D. CAWOOD (1997), *Il manager assertivo. Come trattare in modo più efficace dipendenti, colleghi e superiori*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- M. DEPOLO (1998), *Psicologia delle organizzazioni*, Ed. il Mulino, Bologna.
- P. DE VITO PISCICELLI (1994), *La diagnosi organizzativa*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- O. DU ROY, (1991), *Gestire il cambiamento. Una guida per le strategie manageriali verso il duemila*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- M. FERRANTE, S. ZAN (1994), *Il fenomeno organizzativo*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- D. FRANCESCATO, G. GHIRELLI (1990), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Ed. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- D.M. HOSKING, I.E. MORLEY (1991), *A social psychology of organizing*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheat.
- H. MINTZBERG (1991), *Management mito e realtà*, Garzanti Editore, Milano.
- K.J. GERGEN, M.M. GERGEN (1985), *Psicologia sociale*, il Mulino, Bologna.
- G. MORGAN (1998), *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Milano.
- R.W. SCOTT (1994), *Organisations. Rational, natural and open systems*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall; trad. it. *Le organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- E. SPALTRO (1977), *Il check-up organizzativo. Diagnosi dei comportamenti e dei climi organizzativi*, Istituto Editoriale Internazionale, Milano.
- G. TRENTINI (1980), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Mondadori, Milano.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LA REGIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI: L'ANALISI DELL'ESPERIENZA CANADESE

Damien Contandriopoulos¹, Jean-Louis Denis¹, Ann Langley², Annick Valette³

¹ Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Canada,

² École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, Canada,

³ Sciences de la gestion, Université Pierre Mendès-France, Grenoble, France

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La regionalizzazione: definizione e obiettivi - 3. Tre scenari di analisi - 4. L'esperienza canadese - 5. Conclusione.

1. Introduzione

Dalla metà degli anni ottanta, i sistemi socio sanitari di buona parte dei paesi dell'OCSE sono stati caratterizzati da una serie di riforme riguardanti la loro organizzazione e le loro modalità di finanziamento (Saltman e Figueras, 1997, 1998; Mhatre e Deber, 1992; EIUL, 1998). Diverse sono le ragioni alla base delle riforme: l'aumento del costo dei sistemi di sanità più rapido di quello del PIL (Santé Canada, 1995; Canada 1996; Credes/OCDE, 1998); la globalizzazione degli scambi che si è tradotta in una diminuzione del potere impositivo degli Stati, dunque concausa della bassa capacità di finanziamento (Fortin, 1997); l'aumento continuo del costo delle nuove tecnologie mediche e delle cure sanitarie (Boudreau *et al.*, 1997); cambiamento del paradigma relativo al legame tra medicina curativa e salute pubblica (Evans *et al.*, 1996); pressione crescente di gruppi d'interesse a favore della privatizzazione parziale o totale del *welfare state* (Québec, 1997); etc.

Nonostante le profonde differenze nell'organizzazione e nella gestione dei sistemi di sanità pubblici nel panorama mondiale, alcune tendenze generali possono essere individuate. Tra

queste troviamo il maggior ricorso a meccanismi di mercato in opposizione a quelli tradizionali di tipo tecnico/burocratico (Hudson e Plum, 1986; Saltman e von Otter, 1992; Dean, 1994; Saltman, 1994a; Ferlie *et al.*, 1994), la separazione tra i soggetti fornitori e clienti dei sistemi di cura (divisione di tipo *purchaser/provider*) (Ashton, 1996; Barnett e Malcolm, 1997; Diderichsen, 1995; Glennerster e Matsaganis, 1994) e, cosa su cui si concentra la nostra attenzione, un decentramento di tipo regionale dei centri gestionali (Sills *et al.*, 1986; Mills *et al.*, 1991; Canadian Medical Association, 1993; Dorland e Davis, 1996; Lewis, 1997).

Diverse sono le ragioni solitamente utilizzate per sostenere le politiche di decentramento regionale all'interno della regolazione dei sistemi socio sanitari. Tra le altre troviamo, il maggior grado di sensibilità nei confronti delle esigenze delle realtà locali, una maggiore partecipazione dei cittadini, una maggiore integrazione dei servizi, maggiore responsabilizzazione, una diminuzione dei costi, ecc. In aggiunta a queste motivazioni razionali, ha svolto un ruolo non secondario nella promozione della regionalizzazione il fatto che negli ultimi anni il termine centralizzazione sia divenuto un sino-

nimo negativo di burocrazia (Smith, 1979), mentre al contrario il concetto di potere locale sia divenuto un attributo positivo (Rondinelli, 1981; Mangelsdorf, 1988). La regionalizzazione sembra, quindi, dimostrarsi una variabile privilegiata nel tentare di rendere più dinamica la produzione di servizi sociosanitari in un contesto ambientale in cui le pressioni per il cambiamento diventano sempre più insistenti.

Partendo dallo studio del processo di regionalizzazione dei sistemi socio sanitari nelle province canadesi, sarà proposta un'analisi mirante a comprendere in che misura e a quali condizioni la regionalizzazione possa apportare dei benefici cambiamenti nella loro regolazione. Nella prima parte, si cercherà di proporre una definizione del concetto di regionalizzazione distinguendolo da quello di decentramento al quale è spesso riduttivamente ricondotto. In seguito, utilizzando tre idealtipi di logiche di regolazione, saranno descritte brevemente le riforme tramite le quali nove delle dieci province canadesi hanno decentrato la

Traduzione e adattamento di Enrico Bracci (Università degli Studi di Ferrara).

gestione dei loro sistemi socio sanitari. Infine, partendo dall'analisi del caso canadese, si cercherà di comprendere in che modo, e a quali condizioni, la regionalizzazione possa consentire di apportare valore aggiunto nella gestione dei sistemi pubblici di sanità.

2. La regionalizzazione: definizione e obiettivi

Prima di procedere nella discussione centrale, sembra pertinente affrontare il concetto di regionalizzazione ed il suo significato. Precedenti lavori al riguardo considerano la regionalizzazione come una forma particolare di decentramento (Santé e Bien-être Canada, 1993; Lemieux, 1997; Unicef, 1981).

Lemieux (1997) propone di definire la regionalizzazione come un «trasferimento di attribuzioni da una istanza centrale a delle istanze periferiche regionali». Questa definizione vede la regionalizzazione come una forma particolare di decentramento all'interno di uno specifico ambiente di riferimento. Il trasferimento di competenze a questi nuovi livelli territoriali può assumere forme differenti riprendendo la distinzione classica tra decentramento e devoluzione. Altri autori, al contrario, hanno proposto un approccio secondo cui la regionalizzazione rappresenta una formula complessa tra centralizzazione e decentramento (Carrothers *et al.*, 1991; Lenjes, 1990; Alberta Health, 1993a; Canadian Medical Association, 1993; OHA, 1994).

a) Definizione

A nostro modo di vedere, la regionalizzazione è un fenomeno autonomo e unico nel senso che non è riconducibile a nessun altro fenomeno. È importante, inoltre, distinguere tra il

concetto di regionalizzazione e quelli di decentramento e di centralizzazione per alcune ragioni logiche che andremo ora a spiegare (Canadian Medical Association, 1993; Dorland e Davis, 1996).

In linea generale, la regionalizzazione consiste nel trasferimento di uno o più poteri, responsabilità o servizi su scala regionale. Per scala regionale si deve intendere un livello amministrativo dove le responsabilità sono assegnate in funzione di un territorio geografico definito. Al contrario, la regionalizzazione non implica obbligatoriamente la delega di tutti i poteri e le responsabilità relativi ai servizi prodotti ed erogati all'interno del territorio di riferimento. È possibile parlare di regionalizzazione (parziale) anche se una sola parte di questi compiti sono trasferiti a livello regionale.

Perciò, la regionalizzazione consiste nel trasferimento di poteri, di responsabilità o di servizi verso delle unità amministrative le cui competenze sono definite geograficamente. Se i poteri trasferiti ad unità regionali sono stati in precedenza nelle mani di un'unità centrale — o più unità centrali — questa regionalizzazione è anche un decentramento. Se, al contrario, questi competenze sono state in precedenza nelle mani di una moltitudine di piccole unità locali, questa regionalizzazione è anche una centralizzazione (Anderson e Lomas, 1989). Infine, se i poteri, le responsabilità o servizi trasferiti alle unità regionali sono in precedenza stati ripartiti tra delle unità centrali ed una moltitudine di unità locali, questa regionalizzazione è simultaneamente un decentramento ed una centralizzazione.

La regionalizzazione è inoltre un fenomeno più specifico di quelli di centralizzazione e di decentramento. In effetto, si può centralizzare/decentrare dei poteri, delle responsabilità o dei servizi secondo diverse modalità:

in funzione del tipo di clientela, al tipo di servizio, al tipo di struttura, etc. Al contrario, la regionalizzazione è sempre definito in funzione delle frontiere geografiche che limitano le responsabilità al territorio di riferimento. Questo non significa, comunque, che in un secondo tempo non si possa parlare di regionalizzazione in funzione del tipo di clientela, del tipo di servizio e di struttura.

Inoltre, all'interno di diverse discipline e di diversi contesti nazionali, il termine «decentramento» è utilizzato comunemente per descrivere le politiche in favore di un maggior ruolo delle regioni nel funzionamento dei sistemi sanitari (Smith, 1979; Rondinelli, 1981; Carter e Cullen, 1984; Sills *et al.*, 1986; Daley, 1987; Wilson e Pendall, 1987; Rivière d'Arc, 1991; Thomason e Karel, 1994; Lemieux 1997).

Un ulteriore aspetto della definizione di regionalizzazione è relativo al settore coinvolto nella produzione di un bene o di un servizio. Per alcuni autori (Lemieux, 1997; Santé e Bien-être Canada, 1993), è possibile considerare la decentralizzazione come un passaggio dalla centralizzazione pubblica alla completa decentralizzazione accompagnata da un disimpegno del settore pubblico a beneficio del settore privato. Questa posizione, per un certo verso, si avvicina alle posizioni di coloro i quali mettono in dubbio la possibilità per il monopolio pubblico di raggiungere livelli soddisfacenti di efficienza (Bennett, 1990; Roo e Maarse, 1990; Osborne e Plastrik, 1997). Tuttavia, a nostro modo di vedere, il concetto di regionalizzazione non si riferisce alle modalità di finanziamento della produzione di un bene o di un servizio. Se la regionalizzazione si accompagna, all'interno di un sistema, ad una progressiva privatizzazione dei finanziamenti, saremo di fronte ad un processo a sé stante che

accompagna casualmente la ricomposizione su base territoriale delle competenze e delle funzioni. A nostro avviso, la privatizzazione dei finanziamenti non fa parte della decentralizzazione, ed in questo senso, non è neppure associabile in maniera automatica alla regionalizzazione.

b) *La regionalizzazione: logica e obiettivi*

La motivazione principale delle politiche di regionalizzazione dipende dalla volontà di attribuire ad ogni livello decisionale le responsabilità che è maggiormente in grado di assumersi. La regionalizzazione, quindi, è considerata una modalità per rendere effettivo il principio di sussidiarietà (Pineault *et al.*, 1993). Quest'ultimo implica una gradazione di compiti, di responsabilità e di autonomia in funzione delle risorse, delle competenze e delle conoscenze presenti a differenti livelli di un sistema complesso: «Decision making powers of the various levels of the system must correspond to the task which they have to face. The planning and orientation of the system must be carried out at a level which is close enough to the location of the problem to be able to rapidly identify and deal with it, while controlling sufficient resources to allow it to maintain flexibility» (Santè e Bien-etre Canada, 1993: 4).

Lo stesso concetto di sussidiarietà permette di comprendere come la regionalizzazione implica simultaneamente una decentralizzazione ed una centralizzazione. Così poiché la regionalizzazione implica la creazione o il rinforzo di una struttura regionale in grado di coordinare i servizi e di gestire i livelli locali, essa viene considerata in grado di assicurare una migliore integrazione delle produzioni a livello locale, una diminuzione delle duplica-

zioni dei servizi e, in generale, una razionalizzazione della gestione. D'altra parte, poiché la regionalizzazione sposta il momento decisionale ad un livello più prossimo a quello operativo, essa permette di allocare le risorse in maniera più accurata e di trovare soluzioni più specifiche e più adatte rispetto ai singoli casi. Tuttavia, è necessario non dimenticare che credere nella possibilità di raggiungere simultaneamente i benefici della centralizzazione e della decentralizzazione è probabilmente illusorio. Una analisi degli obiettivi della regionalizzazione deve quindi tenere in considerazione quello che resta pur sempre un equilibrio singolare tra modelli logici contrapposti.

2.1. *Considerazione delle realtà locali e imputabilità*

Il principale obiettivo delle politiche di regionalizzazione è probabilmente quello di migliorare la sensibilità nei confronti delle realtà locali. È comunemente accettata l'affermazione secondo cui le amministrazioni centrali sono troppo lontane dalle esigenze locali e ciò rende la gestione centralizzata inefficace ovvero, come minimo, viene comunemente accettata l'affermazione che una gestione regionale sarebbe più efficace (Veenstra e Lomas, 1996; Trottier *et al.*, 1998). In ogni modo, nonostante questa ostentata volontà di decentralizzazione, le modalità organizzative scelte non permettono sempre alle amministrazioni regionali di esercitare i poteri che sono loro assegnati. In effetti, benché sia innegabile, in molti casi, che la regionalizzazione sia stata accompagnata da un trasferimento effettivo di poteri, in molti altri contesti «central control has in fact grown stronger in a number of key decision-making areas» (Saltman *et al.*, 1995: 16; Rainnie, 1993; Mintzberg, 1996). A questo proposito, precedenti

lavori svolti sulle forme di gestione pubblica hanno osservato l'importanza dei controlli che sembrano svilupparsi all'interno dei processi di decentralizzazione (Hoggett, 1991; Ferlie *et al.*, 1996; Townley, 1997; Prichard e Willmott, 1997). In questo caso, la regionalizzazione può divenire un metodo il quale permette al governo centrale di anteporre un livello tra esso stesso e la popolazione, quindi, di creare una sorta di fusibile al fine di proteggere la sua legittimazione e la sua reputazione nel caso di problemi (Levine, 1984; Hudson e Plum, 1986; Lake e Regulska, 1990).

2.2. *Integrazione dei servizi e il controllo dei conti*

L'integrazione dei servizi è un ulteriore obiettivo solitamente menzionato al fine di promuovere la regionalizzazione della gestione dei servizi di sanità. In effetti, la regionalizzazione — permettendo simultaneamente la centralizzazione ad un livello regionale di interventi specialistici ed una decentralizzazione spinta delle risorse di prima linea grazie ad un maggiore adattamento alla realtà — è considerata come strumentale ad un'integrazione dei servizi (Alberta Health, 1993a; Canadian Medical Association, 1993; Capital Health Authority, 1994; Dorland e Davis, 1996; Saskatchewan Health, 1996; Lewis, 1997). Tale integrazione viene a sua volta vista come un mezzo per ottenere delle economie tramite la soppressione di servizi inutili, sottoutilizzati e frammentati.

Allo stesso modo, la regionalizzazione è spesso in grado di ottenere dei risparmi in maniera più diretta servendo da paravento a tagli nel bilancio pubblico (Sills *et al.*, 1986; Bennett, 1990; Arvidsson, 1995). Ancora, come già accennato, la corrente neo liberale che si oppone alle po-

litiche pubbliche ha una marcata tendenza a confondere i concetti di decentralizzazione/regionalizzazione con quello di privatizzazione (Bennett, 1990).

2.3. Partecipazione dei cittadini

La partecipazione dei cittadini è un ultimo aspetto all'interno delle politiche di regionalizzazione. In effetti, la maggiore vicinanza e la minore complessità delle strutture regionali le rendono generalmente più adatte rispetto a quelle centrali a stimolare la partecipazione democratica dei cittadini (Mills *et al.*, 1991; Canadian Medical Association, 1993; Dorland e Davis, 1996; Macfarlane, 1996; Veenstra e Lomas, 1996; Lewis, 1997). Comunque, la partecipazione democratica non risulta essere di facile attivazione, infatti talune indagini empiriche suggeriscono che la volontà di partecipazione dei cittadini è talvolta contraddittoria (Abelson *et al.*, 1995); che la volontà delle strutture operative di far partecipare democraticamente i cittadini non è automatica né evidente (Denis *et al.*, 1995 e 1998a); e che, da un punto di vista puramente teorico, le condizioni minimali per una partecipazione democratica efficace sono caratterizzate da una certa complessità (Habermas, 1989; March e Olson, 1995).

In aggiunta, il legame tra regionalizzazione e la partecipazione non è sempre evidente. In effetti, la regionalizzazione può essere considerata come la realizzazione di un livello locale di responsabilità permettendo un accesso migliore ed una maggiore partecipazione della popolazione o, al contrario, come un livello burocratico supplementare il quale complica la già complessa struttura pubblica (Levine, 1984).

3. Tre scenari di analisi

Come è emerso chiaramente nella sezione precedente, la regionalizzazione viene ad essere un fenomeno relativamente complesso che può nella realtà assumere varie forme. In tutti i casi, la regionalizzazione implica la creazione o il rafforzamento di un livello intermedio di gestione. Tuttavia, le modalità con cui questo livello opera e legittima le sue azioni può variare in maniera sostanziale. Al fine dell'analisi dell'esperienza di regionalizzazione canadese, sarà utilizzato un quadro teorico (1) che propone tre scenari tipo di coinvolgimento regionale (Denis e Valette, 1997, 1998a, 1998b). Per semplificare, si parlerà di tre livelli di intervento, il centrale, l'intermedio (nel presente caso, regionale) e locale. Quest'ultimo raggruppa l'insieme degli attori coinvolti direttamente nella produzione e nel consumo delle cure e dei servizi, essenzialmente i presidi e gli utenti.

Il primo scenario, denominato di «delega», è centrato sul problema del far fare. In quest'ottica, il livello regionale riceve un mandato dal governo centrale e per attuarlo utilizza la legittimazione di quest'ultimo. Il governo centrale definisce dei mandati o direttive di carattere generale per il livello intermedio al quale spetterà il compito di tradurli in mandati specifici per i destinatari a livello locale. Nonostante la semplicità concettuale, in pratica le relazioni mandante/mandatario generano solitamente delle forti tensioni interne (Grossman e Hart, 1983; Girin, 1995), a causa delle asimmetrie informative tra le due parti e l'incompletezza delle direttive che difficilmente potranno essere esaustive in termini assoluti. Questo modello, quindi, si trova a dover far fronte alla questione del controllo sull'attuazione delle direttive.

Il valore aggiunto di questa impostazione dipende dalla capacità delle

regioni di tradurre i mandati generali in mandati specifici per i livelli locali. In questo modo, il governo centrale potrà controllare il raggiungimento degli obiettivi generali di tipo strategico responsabilizzando gli amministratori regionali. Questi ultimi a loro volta grazie alle maggiori informazioni a disposizione riguardanti il territorio controlleranno il raggiungimento degli obiettivi fissati nei mandati specifici a livello locali. I costi di informazione in queste situazioni saranno minori facilitando la definizione di mandati chiari e pertinenti. Al contrario, se la regionalizzazione non è accompagnata da una semplificazione dei mandati definiti dal livello centrale permettendo quindi alle regioni una certa discrezione nella loro definizione, allora il presente modello non porterà altro che ad una maggiore complessità organizzativa senza nessun beneficio di tipo operativo/regolativo. Allo stesso modo, se il livello regionale non rispetta gli obiettivi generali di indirizzo, sarà molto probabile che il modello non permetterà di diminuire il costo di informazione e controllo.

Il secondo scenario, battezzato «interattivo», è caratterizzato da un approccio più politico dei comportamenti degli attori coinvolti. In base a questa prospettiva, ogni organizzazione, sia locale che regionale, possiede delle risorse che utilizza strategicamente al fine di raggiungere i propri obiettivi all'interno di un sistema di scambio e di interazione con gli altri attori della rete (Crozier e Friedberg, 1977; Benson, 1975). Nello scenario interattivo, sono le interazioni tra gli attori, i giochi di potere e di negoziazione che portano alla strutturazione delle politiche da attuare. Tuttavia, la capacità del livello regionale di raggiungere gli obiettivi e di rispettare i vincoli provenienti dal livello centrale è rafforzato dal potere che questo livello ha di definire almeno parzialmente le regole del

gioco. D'altra parte, la capacità di raggiungimento degli obiettivi è anche fortemente influenzata dall'abilità nel costruire delle alleanze strategiche, nel coinvolgere altri attori e nel rendere funzionante delle reti di scambio. La definizione delle priorità, l'identificazione dei problemi e la formulazione delle soluzioni sono in funzione delle strutture dello scambio e dei meccanismi di discussione. In questo modello, il livello intermedio ha la funzione principale di strutturare delle relazioni di scambio di tipo politico, le quali permetteranno di raggiungere obiettivi comuni che siano in accordo con quelli enunciati dal livello centrale.

Il valore aggiunto di questo modello dipende criticamente dalla fattibilità della sua realizzazione pratica. Facilitando la creazione di uno spazio strutturato di mediazione e scambio politico, il modello è considerato in grado di raggiungere delle soluzioni adattate alle condizioni locali e che al tempo stesso godono di un certo grado di consenso il che rende più facile la loro attuazione.

In pratica, il modello dovrà trovare un equilibrio tra due estremi. Se il livello regionale risulta essere troppo autoritario, si ritorna al modello della delega, se invece lascia gli attori locali interagire tra loro in maniera indipendente, viene a mancare la sua stessa ragione. Allo stesso modo, la legittimazione del livello regionale si basa sulla sua capacità di stimolare la partecipazione continua dei soggetti locali al fine di evitare che questi si rivolgano, come interlocutore, direttamente al governo centrale.

Il terzo ed ultimo scenario, denominato «democratico», si distingue dai precedenti per il fatto che la legittimazione del livello regionale non deriva né dal governo centrale, né dal consenso raggiunto, bensì dal sistema elettorale o rappresentativo delle am-

ministrazioni regionali. Questo scenario si basa sulla preponderanza del ruolo attribuito agli individui e alle comunità nel governo degli affari sociali (March e Olson, 1995; Hirshman, 1995; Bohman, 1996; Touraine, 1994). In quest'ottica, il livello regionale riceve un mandato diretto dai cittadini della regione, un mandato che deve rispettare i principi generali fissati dal governo centrale, ma che in primo luogo è il risultato della volontà popolare. Una volta definito il mandato, il livello regionale procederà alla sua traduzione in mandati specifici per i livelli locali.

Questo modello di governo e regolazione si fonda sulla presenza di istituzioni e di regole che stimolino l'espressione delle preferenze individuali. In effetti, per funzionare, questo scenario deve realizzarsi in un contesto funzionale di decisioni pubbliche. Il ruolo delle regioni è, quindi, prima di tutto quello di far sì che l'opinione pubblica si formi e si esprima. Non è evidentemente un compito semplice perché si tratta di impedire che alcuni gruppi dominanti monopolizzino il dibattito pur garantendo un coinvolgimento sufficiente dei cittadini nel processo. Se funzionante, questo modello apporta un valore che non si esaurisce solamente nella sua capacità di definire meglio i servizi di cura, ma anche nel valore intrinseco dei principi democratici che ad esso sottendono.

Sono stati qui proposti tre scenari di coinvolgimento dei livelli decentrati, ai quali si collegano tre logiche differenti: la logica del controllo, la logica politica di fattibilità e la logica democratica. Nel primo caso, il livello locale è colui che realizza degli obiettivi imposti, nel secondo caso mette in pratica degli obiettivi definiti tramite negoziazione, nel terzo caso realizza degli obiettivi provenienti direttamente dai cittadini. La politica cercherà, quindi, di prendere in considerazione i

valori, gli interessi e le competenze degli attori locali. Queste tre logiche convergono nel proporre una regionalizzazione, vale a dire un rafforzamento di una istanza intermedia (regionale), tra scelte politiche a livello nazionale e gli attori locali, i quali potranno a seconda dei casi essere produttori di servizi, utenti, di cittadini o altri soggetti coinvolti nella produzione dei servizi di cura.

Ci concentriamo qui sul livello intermedio, cercando di definirne i differenti ruoli e compiti all'interno di ciascuno degli scenari descritti. Tuttavia, come sarà poi evidenziato, anche se gli scenari sono stati presentati come «modelli puri», una più attenta ed accurata analisi delle modalità di attuazione della regionalizzazione e delle sue finalità conduce a concludere che si è più spesso di fronte a situazioni ibride che fanno ricorso simultaneamente a più di uno scenario. Ogni struttura regionale tende a rendere operativo il suo ruolo utilizzando nello stesso momento più logiche bilanciando l'importanza loro accordata. Nella parte successiva, sarà brevemente descritto come le strutture realizzate e le logiche di funzionamento si possono combinare creando dei modelli originali per l'attuazione di processi di regionalizzazione nel settore socio-sanitario.

4. L'esperienza canadese

4.1. Le riforme

Come già accennato nell'introduzione, la regionalizzazione è considerata in diversi paesi come un metodo attraverso cui è possibile far fronte alle problematiche che caratterizzano attualmente i sistemi sanitari dei paesi sviluppati. In Canada, questo approccio ha trovato consensi quasi unanimi visto che nove delle dieci province canadesi (2) hanno scelto di regionaliz-

zare la gestione dei loro sistemi di sanità. Tuttavia, ogni provincia ha individuato, all'interno dei limiti fissati dal governo federale, un modello di struttura differente. In linea generale, è possibile identificare due modelli principali che sono stati privilegiati in diverse province, ed alcuni di casi particolari.

4.1.1. Il modello a tre livelli

In tutte le province del Canada, le principali responsabilità relative alla gestione del sistema di sanità continuano ad essere in capo al ministero provinciale di sanità che rappresenta quindi un primo livello di responsabilità.

Nelle province che hanno introdotto un sistema di tre livelli, due ulteriori strutture completano il modello; un livello regionale (3) ed uno locale di comunità. La struttura è ad albero: un ministero per la provincia da cui discendono diversi organismi regionali ai quali, allo stesso modo, fanno riferimento i livelli locali dotati anch'essi di un'amministrazione il cui ruolo spesso si limita a quello consultivo. Il compito del livello regionale è generalmente molto ampio. Esso è responsabile dell'allocazione delle risorse, del coordinamento dei servizi, dell'analisi dei bisogni e della valutazione dei risultati. Nel modello a tre livelli, il livello regionale è anche direttamente responsabile della gestione di diverse strutture (nella maggior parte dei casi si tratta di ospedali) a seguito dell'abolizione di numerosi consigli di amministrazione. A seguito di questa situazione, i dipendenti degli ospedali sono diventati dipendenti regionali. In questo modello, l'aspetto centralizzatore delle politiche di regionalizzazione è particolarmente evidente.

Le province che hanno adottato questo modello a tre livelli sono l'Alberta (Alberta Health, 1993a, 1993b;

Capital Health Authority, 1994; Casebeer e Hannah, 1996; Santé Canada, 1997), la Nuova Scozia (Minister's Action Committee on Health System Reform, 1994; Nova Scotia Government, 1994; Nova Scotia Health, 1995, 1997, 1998a, 1998b; Santé Canada, 1997) e il Manitoba (Manitoba Health, 1995, 1996, 1997a, 1997b, 1997c, 1997d; Gouvernement du Manitoba, 1997; Santé Canada, 1997). Nonostante queste province abbiano seguito le linee di fondo prima descritte, esistono al loro interno delle differenze, ad esempio riguardo il ruolo dei livelli locali. Questi ultimi assumono a volte il ruolo di consultazione (Alberta e Manitoba), altre volte quello di gestione vera e propria (Nuova Scozia). In conclusione, se il Manitoba e l'Alberta propongono dei modelli molto simili tra loro soprattutto centrati su di una logica di delega e su un vocabolario ispirato al mondo degli affari, la Nuova Scozia propone un modello più ibrido che implica anche il ricorso ad una logica interattiva e presentato con una terminologia di tipo più partecipativo.

4.1.2. Il modello a due livelli senza l'organizzazione intermedia

Questo secondo modello, denominato a due livelli, presenta al pari del precedente un primo livello di gestione costituito dal ministero della sanità la cui responsabilità si estende a tutta la provincia. E quindi un livello regionale che ha le medesime prerogative del caso precedente. A differenza del modello a tre livelli, non troviamo una struttura di gestione a livello locale (sebbene possano esistere delle strutture di cura a questo livello). Un punto in comune con il modello precedente, è il fatto i vecchi consigli di amministrazione degli ospedali sono stati soppressi e le loro responsabilità trasferite alle strutture regionali. Tre province

hanno proceduto ad introdurre questo modello, si tratta del Saskatchewan (Saskatchewan Health, 1993, 1994, 1995, 1996, 1998; Santé Canada, 1997), il Nuovo Brunswick (Nouveau Brunswick Santé et Service Communautaires, 1996a, 1996b; Santé Canada, 1997d) e l'Ile-du-Prince-Edouard (PEI 1993d, 1993e, 1993f; Prince Edward Island Government, 1993; Santé Canada, 1997). Esistono anche in questo caso delle differenze sulle modalità di distribuzione delle responsabilità e dei ruoli delle strutture. Il Saskatchewan e, in misura minore, l'Ile-du-Prince-Edouard hanno costruito un mandato regionale secondo una logica piuttosto democratica, il Nuovo Brunswick ha preferito uno schema di delega. A questo proposito è interessante notare come sebbene la presenza di un livello comunitario locale sembra corrispondere ad una logica democratica, la provincia che più ha enfatizzato questa logica — il Saskatchewan — ha optato per un modello a due livelli.

4.1.3. I casi particolari

Quattro province hanno adottato schemi di regionalizzazione che non appartengono a nessuno dei precedenti modelli. Il primo caso è quello dell'Ontario (Ontario Health, 1996, 1997a, 1997b, 1997c, 1997d, 1997e; Santé Canada, 1997), il quale rappresenta l'unica provincia che non proceduto ad alcun processo di delega alle regioni. Esistono, comunque, delle strutture regionali in Ontario, ma esse hanno un ruolo meramente consultivo il che le pone immediatamente logica di regolazione interattiva per il fatto che solo la loro capacità di accumulare consenso consente loro di avere un'influenza sul sistema.

Il Québec è il caso particolare meno distante dai modelli presentati. In effetti, il Québec ha regionalizzato una

parte del suo sistema di sanità già da molto tempo. Comunque, è solo negli anni dal 1989 al 1992 — a seguito del rapporto Rochon — che si è avuta una reale delega di poteri a livello regionale (Turgeon, 1989; Bergeron, 1990; Bozzini e Bourgalt, 1992; Quebec, 1993; Pineault *et al.*, 1993; Santé Canada, 1997; Trotter *et al.*, 1998). Il sistema del Québec non può essere compreso in alcuno dei due modelli descritti per una semplice ragione. Infatti, sebbene vi siano due livelli ufficiali (il ministero e 18 strutture regionali) il fatto che non siano ancora stati soppressi i consigli di amministrazione degli ospedali finisce per introdurre un terzo livello di fatto, costituito appunto dagli ospedali. Ancora la logica predominante è di tipo interattivo per il fatto che il livello regionale ha la necessità di negoziare di volta in volta con il centro, ma deve anche assicurarsi che le sue decisioni siano accettate a livello locale. Terranova costituisce la terza eccezione. Due tipologie differenti di strutture regionali su base territoriale si ripartiscono la gestione del sistema sanitario e sociale (Newfoundland Health, 1994, 1997; Santé Canada, 1997). Quattro Consigli regionali di sanità comunitaria (CRSC) si dividono la responsabilità dei servizi sociali e di comunità mentre sei Consigli regionali di presidio (CRS) hanno la responsabilità della gestione delle cure ospedaliere. Il modello appare basarsi soprattutto su di una logica di delega.

Infine, l'ultimo caso particolare è rappresentato dalla Colombia Britannica (British Columbia Health, 1993a, 1993b, 1996a, 1996b, 1996c, 1997; Santé Canada, 1997). In effetti, dopo aver proposto un sistema a tre livelli, il cui principale elemento di originalità è stata la costituzione di un livello locale di comunità piuttosto che di uno regionale, questo modello è stato poi abbandonato. Pare che la mancanza di

una definizione chiara dei ruoli e delle competenze dei livelli regionali e locali sia stata alla base del suo abbandono. In seguito, uno dei due livelli è stato sistematicamente ridotto a favore dell'altro in ciascuna delle regioni.

4.2. Un'analisi

Le riforme che sono state presentate in maniera sintetica sono relativamente recenti e mancano ancora di analisi di tipo empirico. Tuttavia, è già possibile rilevare che non sembra esserci un collegamento stretto tra gli obiettivi ricercati e il disegno della struttura del sistema socio sanitario. Il solo caso da sottolineare è quello dell'Ontario che è l'unica provincia a non avere regionalizzato la gestione del suo sistema di sanità e che è anche la sola provincia a non essersi prefissata esplicitamente l'obiettivo di accrescere la partecipazione della popolazione. La regionalizzazione sembra verosimilmente il veicolo di una diversità di intenti ed appare difficile di prevedere a quali obiettivi sarà realmente attribuita priorità nel processo.

Tuttavia, alcune constatazioni preliminari sembrano emergere. Il modello democratico sembra difficilmente attuabile in forma piena. Gli organi di consultazione locali nelle province dell'ovest hanno avuto un impatto, in termini di risultati, molto basso — caso della Colombia Britannica — (Kouri, 1996, Kouri *et al.*, 1997) o non sono mai stati realizzati — caso dell'Alberta. Allo stesso modo, i meccanismi democratici relativi al sistema del Québec non sono stati in grado di mobilitare una partecipazione popolare convincente rispetto degli sforzi profusi (Denis *et al.*, 1995, 1998a). D'altra parte, la storia dell'insuccesso relativo dei consigli regionali del Québec (Rochon, 1998) evidenzia la debolezza di un modello di regionalizzazione che concede al livello regionale

solo un ruolo consultivo adottando quasi esclusivamente il modello interattivo (Denis, Fleury *et al.*, 1998). Infine, è possibile allo stesso modo individuare delle lacune nei modelli di regionalizzazione che riflettono in misura esasperata la filosofia di delega. Allorquando tutti i servizi sanitari vengono posti sotto il governo diretto di uno stesso organismo regionale, si potrà forse realizzare un migliore coordinamento ed una certa razionalizzazione delle strutture, ma allo stesso tempo si corre il rischio della burocratizzazione e del soffocamento da parte di una struttura uniforme e poco sensibile alle dinamiche ed alle variabili operative (OHA, 1994).

D'altra parte, come è stato brevemente enunciato, sebbene ciascun modello tenda, al pari della struttura stessa, ad utilizzare determinate logiche di regolazione a discapito di altre, la situazione è più complessa di quanto questa descrizione possa lasciare credere. In effetti, se è logico credere che, ad esempio, in una provincia dove i consigli d'amministrazione delle strutture sanitarie sono stati soppressi, gli organismi regionali ricorreranno in maniera minore ad una logica interattiva rispetto ad una provincia dove questi consigli esistono, la situazione permane comunque variabile a seconda del caso. In questo senso, uno studio realizzato in un sistema di strutture regionali di gestione nel Québec (Denis *et al.*, 1997) ha messo in luce che anche se le Regie regionali sembrano dover tenere tutte conto di una logica interattiva, esse in pratica utilizzano ciascuna una ponderazione variabile delle diverse logiche in relazione al caso. In queste condizioni, sembra praticamente impossibile studiare in dettaglio le modalità di funzionamento locale senza prima procedere all'analisi di ciascun caso particolare.

Malgrado tutto, un modo per tirare delle conclusioni da queste esperienze

è quello di approfondire i dilemmi posti da ciascuna logica di regionalizzazione. Come un organismo di gestione a livello regionale, una volta costituito, può rendere operativo il proprio ruolo per produrre un contributo positivo al sistema? A questo livello, ci si può interrogare se si tratta, nelle province dove la gestione degli ospedali è stata trasferita direttamente alla struttura regionale, ancora di regionalizzazione o meglio di una semplice fusione di ospedali. In effetti, se si porta agli estremi il modello, non ci sono più dei livelli locali il che modifica il ruolo del livello regionale che viene legittimato per forza. Allo stesso modo, il livello regionale si viene a trovare in una situazione, forse più semplice in termini strutturali, ma molto complessa in termini di gestione per le dimensioni delle mega-strutture che si sono venute nel frattempo a costituire. Nella parte seguente verrà dato per scontato che il livello locale conservi una se pur minima autonomia il che, a nostro modo di vedere, costituisce un elemento costitutivo della regionalizzazione. In questo senso, anche se le province hanno abolito i consigli di amministrazione, nella maggior parte degli ospedali il fenomeno non ha coinvolto tutti gli attori locali.

Il primo modello, quello della delega, presuppone che il livello regionale di governo sia sempre alle prese con dei problemi di attuazione e di formulazione dei mandati. In effetti, l'esistenza stessa di una regionalizzazione prevede un'accresciuta complessità nelle relazioni tra mandanti e mandatarî. Il livello regionale deve, da una parte rendere compatibile la propria attività con le preferenze e gli orientamenti del governo centrale, e d'altra parte, valorizzare il suo ruolo locale dimostrando una certa autonomia ed una capacità decisionale. Tale autonomia non può limitarsi ad una applica-

zione diretta e controllata dei mandati del governo centrale. In una situazione del genere, l'azione regionale si limiterebbe all'attuazione di una linea politica nazionale e non sarebbe in grado nel lungo termine legittimare la sua esistenza. Più una struttura regionale vorrà intervenire puntualmente a livello locale, più essa dovrà apportare degli aggiustamenti e contribuire alla formulazione dei mandati nazionali. Allo stesso modo, il modello di delega non sarà funzionale se non nella misura in cui il livello centrale minimizzi il proprio intervento su quello regionale e quello regionale su quello locale. La logica della delega pone come sfida lo sviluppo e il funzionamento di sistemi di controllo pertinenti, ma che al contempo garantiscano un certo margine di libertà per il livello inferiore del sistema. Non è auspicabile che il livello regionale si discosti dalle indicazioni del mandato del governo centrale che in ultima analisi è il garante della continuità del sistema socio sanitario. Tuttavia, questi mandati dovrebbero prevedere la valorizzazione dell'attività regionale nel senso della loro capacità di essere più sensibili ai bisogni della comunità. La ricerca di una responsabilizzazione a tutti i livelli del sistema sociosanitario non deve portare ad una crescita dei controlli di tipo burocratico e dell'arbitrarietà delle direttive che ne possono scaturire. Lo sviluppo dei lavori sulla regionalizzazione potrà focalizzare meglio il problema di una migliore sintonia delle missioni e delle responsabilità tra i tre livelli.

Il modello interattivo sembra anch'esso fare riferimento ad una logica d'azione difficilmente aggirabile dal livello regionale. Quest'ultimo dovrebbe cercare di imporsi all'interno di una rete e quindi venire a patti con l'insieme delle forze presenti.

Esso potrà anche cercare sviluppare le sue proposte strategiche e contrap-

porsi a certe forze predominanti e tentare quindi di favorire importanti cambiamenti. All'opposto, la prospettiva di interazione può paralizzare il livello regionale. Essa è basata su un maggiore realismo politico, ma volendo considerare le diverse opzioni strategiche degli attori rilevanti, vi è il rischio di limitare le dimensioni del cambiamento che si vorrebbe generare nel sistema socio sanitario. Il livello regionale avrà dunque un ruolo propulsivo nella misura in cui riuscirà a controbilanciare le maggiori fonti di inerzia. Rimane come interrogativo quello di sapere fino a che punto le regioni hanno le forze e le risorse per poter realizzare dei progetti ambiziosi sul piano politico. Se il modello della delega può dirsi, almeno in teoria, compatibile con un livello di informazioni approssimativo da una informazione approssimativa delegando la soluzione dei problemi ai livelli inferiori, il modello interattivo esige per il livello regionale una conoscenza puntuale del campo, dei progetti strategici in corso e dei poli di influenza all'opera. In effetti, il modello interattivo considera la regionalizzazione un modo per porsi in relazione con il pluralismo e sviluppare delle strategie di cambiamento plausibili. Il centro avrà in questa ottica il compito di assegnare dei mandati poco stringenti e di non interferire nelle controversie sorte eventualmente tra il livello regionale e locali. Il gioco strategico sviluppato dalle regioni dovrà altresì svolgersi in maniera tale da mantenere le aperture necessarie per raggiungere degli accordi e mantenere una legittimazione elevata per farli rispettare. Se così non fosse, il livello regionale potrebbe essere tentato di rivolgersi a quello centrale per fare imporre il rispetto degli accordi. Il rischio di un malfunzionamento del modello interattivo non dipenderà quindi solamente dall'abitudine del livello locale di rivolgersi al centro, ma

anche dall'incompetenza delle regioni nel gestire localmente gli aspetti politici.

Il modello democratico si basa sul dinamismo regionale nella creazione di mandati e nell'assicurare la loro attuazione. Lo Stato fornisce un quadro di riferimento entro il quale gli attori regionali e locali possono confrontarsi politicamente nello sviluppo e nella regolazione del sistema socio sanitario. Questo confronto avviene all'interno di vincoli rilevanti ovvero entro valori e norme che oltrepassano le preferenze regionali. La manifestazione di una eterogeneità di punti di vista ha senso solo se si sono raggiunti degli ideali democratici. La logica procedurale, è quindi dominante nell'esercizio di un governo democratico a livello regionale. Questa si confronta direttamente con il problema di come stimolare la partecipazione, di come dotarsi di regole accettabili per la risoluzione dei problemi, come evitare la manipolazione delle norme decisionali e come limitare i conflitti. Il modello democratico implica, quindi, la messa in discussione del governo specialistico del sistema. Il livello regionale è garante delle procedure che conducono a delle decisioni costruttive e chiare, esso non impone il suo progetto o punto di vista.

Lo studio della realtà canadese e delle logiche di regolazione suggerisce che è poco probabile che la creazione di una istanza regionale possa basarsi su una sola delle logiche descritte. L'analisi proposta ha evidenziato che la regionalizzazione costituisce un fenomeno ibrido che si alimenta di diverse logiche teoriche e pratiche. In questo senso, un livello regionale deve in ogni situazione, per legittimare la sua presenza, posizionarsi come un livello che esprime delle direttive a tutela della rete socio sanitaria; il che corrisponde ad un modello di delega. Esso deve altresì far fronte

al pubblico giudizio allorché prende delle decisioni controverse e affidarsi eventualmente ad una partecipazione della popolazione; il che risponde ad un modello democratico. Infine, il livello regionale deve far fronte, inoltre, ad un mosaico di interessi e di forze a livello locale che lo obbligano a negoziare: il che risponde ad un modello interattivo. La regolazione regionale sembra dunque essere volta ad un certo pragmatismo che porta a creare un equilibrio tra gli estremi della delega, l'interazione e della democrazia.

5. Conclusione

Le politiche di regionalizzazione in Canada, per lo più realizzate nel corso degli anni '90, sono ancora recenti e risulta prematuro giungere a delle conclusioni complessive. Nel Québec, la prima provincia ad avere regionalizzato la gestione del suo sistema sanitario, qualche indicazione più completa a riguardo può essere proposta. Prima di tutto, il numero delle riforme e di aggiustamenti che nel corso degli ultimi venti anni sono stati realizzati relativamente alle responsabilità ed i poteri dei Consigli regionali e successivamente a quelli dei loro successori, i *Régie Régionale*, ci spinge a ipotizzare che il livello regionale si trova sempre in una situazione relativamente instabile, alle prese con diverse logiche d'azione, che esso deve utilizzare al fine di raggiungere degli obiettivi non sempre convergenti. Tale instabilità intrinseca dei sistemi regionali comporta un'elevata sensibilità alle pratiche individuali e locali. In questo modo, si può osservare che nel caso del Québec, nonostante una istituzionalizzazione esplicita delle strutture, il loro funzionamento sia estremamente sensibile ai cambiamenti nella pratica dei singoli individui che coprono i posti chiave del sistema (Ministri della sanità, Direttori generali a livello re-

gionale, ecc.). Allo stesso modo, l'equilibrio dei poteri tra il locale ed il regionale in ogni regione influenza ampiamente le pratiche della regolazione.

È probabilmente per sfuggire alle tensioni ed ai contenziosi che alcune province hanno optato per l'abolizione di numerosi consigli di amministrazione nelle aziende ospedaliere. Come è già detto, estremizzare questa logica significa non più procedere verso una regionalizzazione, bensì una fusione. A questo punto, tuttavia, diviene interessante per il futuro della ricerca l'osservazione di questi sistemi. In effetti, su un piano teorico la regionalizzazione è considerata in grado di raggiungere simultaneamente i vantaggi della decentralizzazione e della centralizzazione attribuendo ad una struttura regionale delle responsabilità specifiche limitate al territorio di competenza. È questo che porta ad affermare che la regionalizzazione è uno strumento finalizzato a soddisfare il principio di sussidiarietà. Il fatto di affidare ad un livello regionale la competenza gestionale delle strutture sanitarie porta ad affermare che le regioni si trovano in una migliore posizione rispetto ad altri enti locali per far fronte a questo impegno, cosa che a noi pare non così evidente.

Ancora, si tratta di un problema di equilibrio. Un sistema che moltiplica i livelli di potere diventa inevitabilmente più instabile, con il rischio di trovarsi immobilizzato per la presenza di lotte intestine. D'altra parte, un sistema che centralizza le sue responsabilità lontano dal livello operativo rischia di avere senza dubbio un forte potere decisionale, senza però prendere in debita considerazione le problematiche locali e le soluzioni più appropriate. Tra questi due estremi, esistono un'infinità di modalità strutturali per attuare una regionalizzazione. Tuttavia, è necessario essere consape-

voli che una politica di fusioni e centralizzatrice è difficilmente reversibile. Quest'ultimo aspetto permette, inoltre, di interrogarci sul futuro delle politiche di regionalizzazione. Come premesso nell'introduzione, la regionalizzazione è vista come un mezzo attraverso cui permettere al sistema di sanità pubblica di far fronte alle pressioni esterne. Per esempio, in Canada è chiaro che la regionalizzazione è stata associata a delle riduzioni sostanziali nelle risorse disponibili. Questo ha portato alcuni ad affermare che il livello regionale è stato creato al fine di prendere delle decisioni critiche e difficili per le quali il governo centrale non vuole assumersi la responsabilità soggettiva. Fermo restando che, nel caso del Canada, le pressioni finanziarie sono presenti, resta a vedere se i governi centrali cercheranno di ricentralizzare il controllo del sistema di sanità pubblica che consuma una parte consistente delle loro risorse. Diventerà, quindi, interessante verificare come i livelli regionali saranno valutati e considerati dai prossimi governi.

In conclusione, l'analisi delle logiche che sottostanno alle politiche di regionalizzazione, piuttosto che delle strutture create dalle province canadesi, è in grado di evidenziare certune conclusioni sulle tensioni intrinseche che caratterizzano gli organismi regionali di gestione. In questo senso, l'esempio delle riforme canadesi coniugata ai modelli logici di funzionamento da noi descritti, sembra offrire una griglia di analisi per riflettere sui differenti equilibri futuri finalizzati alla realizzazione di politiche di regionalizzazione fruttuose.

(1) Questa sezione riassume un modello già utilizzato altrove in una forma più completa e sviluppata. Si veda Denis *et al.* (1997).

(2) In Canada la sanità è considerata una competenza provinciale. Si trovano, quindi, dieci sistemi di sanità e dieci ministeri della sa-

nità distinti gli uni dagli altri, ma tutti seguono i principi generali di gratuità, universalità, equità, trasferibilità ecc., enunciati a livello federale.

(3) Le organizzazioni regionali e locali sono denominati con nomi e abbreviazioni differenti a seconda della provincia (RHA per *Regional Health Agency* in Alberta, RHB per *Regional Health Board* nella Nuova Scozia, ecc.) al fine di semplificazione verrà da noi utilizzato un termine generico come «Livello regionale» e «Livello locale o comunitario».

BIBLIOGRAFIA

- ABELSON J., J. LOMAS, J. EYLES, S. BIRCH, VEENSTRA G. (1995), *Does the community want devolved authority? Result of deliberative polling in Ontario*, Canadian Medical Association Journal, 153 (4), 403-412.
- ALBERTA HEALTH (1993A), *Regionalization of Health Services Planning and Management: A Canadian Perspective*, Health strategy and Evaluation Division.
- ALBERTA HEALTH (1993B), *Starting points: Recommendations for creating a more accountable and affordable health system*, Health planning secretariat.
- ALBERTA HEALTH (1994), *Regionalization of Health Services Planning and Management: A Canadian Perspective. Update January 1994*, Health strategy and Evaluation Division.
- ANDERSON G.M., LOMAS J. (1989), *Regionalization of coronary artery bypass surgery: Effects on access, Medical care*, 27 (3), 288-296.
- ARVIDSSON G. (1995), *Regulation of planned markets in health care*, Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility, édité par: R. B. Saltman et C. von Otter, Buckingham, Open University Press, pp. 65-85.
- ASHTON T. (1996), *Health care systems in transition: New Zealand. Part I: An overview of New Zealand's health care system*, Journal of Public Health Medicine, 18 (3), 269-73.
- BARNETT P., MALCOLM L. (1997), *Beyond ideology: the emerging roles of New Zealand's crown health enterprises*, International Journal of Health Services, 27 (1), 89-108.
- BENNETT R.J. (1990), *Decentralization, local government and markets: Is there a post-welfare Agenda in planned and market economies?*, Policy Studies Journal, 18 (3), 683-701.
- BENSON K. J. (1975), *The interorganisational network as a political economy*, Administrative Science Quarterly, 20, 229-249.
- BERGERON P. (1990), *La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu*, Recherches sociographiques, XXXI (3), 359-380.
- BOHMAN J. (1996), *Public Deliberation*, Cambridge.
- BOUDREAU T.J., BRUNET J., J.C. DESCHÊNES (1997), *Sans titre (Documentation pour les consultations publiques dans les RRSSS par le ministre J. Rochon à l'automne 1997)*, Quebec, Ministère de la santé.
- BOZZINI L., BOURGULT J. (1992), *La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec*, Service social, 41 (2), 87-114.
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1993A), *New directions for a healthy British Columbia*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Province of British Columbia.
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1993B), *Processes, Benchmarks and Responsibilities for Developing Community Health Councils and Regional Health Boards*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Province of British Columbia.
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1996A), *Better team work, better care. The new approach to regionalization*, Speaking notes of the Minister, Vancouver, Ministry of Health, Province of British Columbia (communiqué accessible sur le site: <http://www.health.gov.bc.ca>).
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1996B), *Changes to health plan put services for people first*, News Release, Ministry of Health, Province of British Columbia (communiqué accessible sur le site: <http://www.health.gov.bc.ca>).
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1996C), *Report of the regionalization assessment team*, Ministry of Health, Province of British Columbia (Rapport accessible sur le site: <http://www.health.gov.bc.ca>).
- BRITISH COLUMBIA HEALTH (1997), *Better team work, better care. Regionalization Implementation*, Vancouver, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors Province of British Columbia.
- CANADA (1996), *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1994 (Rapport sommaire)*, Ottawa, Santé Canada.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (1993), *The language of health care reform*, Ottawa,

- Report of the Working Group on Regionalization and Decentralization.
- CAPITAL HEALTH AUTHORITY (EDMONTON ALBERTA) (1994), *A New Direction for Health*, Edmonton, Capital Health Authority.
- CARROTHERS L.C., S.M. MACDONALD, J.M. HORNE, D.G. FISH, SILVER M.M. (1991), *Regionalization and Health Care Policy in Canada: A National Survey and Manitoba Case Study*, Winnipeg, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.
- CARTER N.M., CULLEN J.B. (1984), *A comparison of centralization/decentralization of decisionmaking concepts and measures*, Journal of Management, 10 (2), 267.
- CASEBEER A.L., HANNAH K.J. (1996), *The Process of Change Related to Health Policy Shift (Regionalizing Alberta's Health Care System) A Summary Document*.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988), *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec.
- CRÉDES/OCDE (1998), *Base de données Éco-Santé*, Crédes, Paris.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.
- DALEY G. (1987), *Decentralization: a new way of organising community health services*, Hospital and Health Services Review (March), 72.
- DEAN M. (1994), *International health reforms*, Lancet, 344 (8916), 181.
- DENIS J.L., VALETTE A. (1998B), *Devenir acteur régional de régulation*, France: Rapport présenté à la MIRE.
- DENIS J.L., FLEURY M.J., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., LANGLEY A., PINEAULT R., SICOTTE C. (1998B), *Évaluation de la mise en oeuvre et des effets d'une gestion par programme et de la planification régionalisée (PROS) des services en santé mentale* (Rapport de recherche présenté à Santé Canada Projet n. 6605-4395-301).
- DENIS J.L. (1997), *Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation*, Présentation à la conférence La santé demain: vers un système de soins sans murs, Lyon, Décembre 1997.
- DENIS J.L., VALETTE A. (1997), *La régulation au concret: l'expérience des DRASS*, Politiques et Management Public, 15 (4): 1-25.
- DENIS J.L., VALETTE A. (1998A), *Décentraliser pour transformer la régulation. La création des Agences régionales de l'hospitalisation*, Communication présentée au Colloque de l'INSERM sur la performance des organisations de santé, Paris, Octobre 1998.
- DENIS J.L., LANGLEY A., CONTANDRIOPOULOS A.P. (1995), *La transformation du rôle des instances régionales dans le système de santé au Québec: Le cas de Montréal-Centre*, Revue française d'administration publique(6), 599-608.
- DENIS J.L., LANGLEY A., CONTANDRIOPOULOS A.P. (1998A), *From Institutional Discourse to Organizational Decision: The Dynamics of Legitimation*, Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, San Diego.
- DENIS J.L., LANGLEY A., CONTANDRIOPOULOS D. (À PARAÎTRE), *Theorie et pratique de la régulation des Régions Régionales de la Santé au Québec*, Rapport de Recherche, Fond HealNet.
- DIDERICHSEN F. (1995), *Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden*, Health Policy, 32 141-153.
- DORLAND J.L., DAVIS S.M. (1996), *How many roads? Regionalization and decentralization in health care* (Proceedings of a conference held in Kingston, Ont. in June, 1995), Kingston (Ont.), Queen's University.
- EIUL (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED) (1998), *Profile - Canadian Healthcare Struggles With Its Five Pillars of Faith*, in EIUL (Ed.), Healthcare International (pp. 34-66).
- EVANS R.G., BARER M.L., MARMOR T.R. (1996), *Être ou ne pas être en bonne santé: Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses de l'université de Montréal, Montréal.
- FERLIE E., ASHBURNER L., FITZGERALD L., PETTIGREW A. (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- FORTIN P. (1997), *L'environnement macroéconomique comme contrainte sur l'évolution des ressources dans le secteur public*, Colloque sur l'allocation des ressources organisé par l'AHQ, Montréal.
- GIRIN J. (1995), *Les agencements organisationnels*, in C. F. (Ed.), Les savoirs en action, L'harmattan, Paris.
- GLENNERSTER H., MATSAGANIS M. (1994), *The English and Swedish health care reforms*, International Journal of Health Services, 24 (2), 231-251.
- GOVERNEMENT DU MANITOBA (1997), *Loi sur les offices régionaux de la santé*, Gouvernement du Manitoba.
- GROSSMAN S.J., HART O.D. (1983), *An Analysis of the Principal-Agent Problem*, Econometrica, 51(1), 7-45.
- HABERMAS J. (1989), *La souveraineté populaire comme procédure. Un concept normatif d'espace public*, Lignes, (7), 29-57.
- HIRSCHMAN A.O. (1995), *Défection et prise de parole*, Fayard, Paris.
- HOGGETT P. (1991), *A new public management in the public sector*, Policy and politics, 19(4), 243-256.
- HUDSON R., PLUM V. (1986), *Deconcentration or Decentralisation? Local government and the possibilities for local control of local economies*, Urban political theory and the management of fiscal stress, édité par: M. Goldsmith et S. Villadsen, Brookfield, Gower, 137-160.
- KOURI D. (1996), *Assessing Board Decision-Making Needs: Saskatchewan District Health Boards (Occasional Paper n. 1)*, HEALNet p., Saskatoon.
- KOURI D., DUTCHAK J., LEWIS S. (1997), *Regionalization at age Five: Views of Saskatchewan Health Care Decision-Makers*, HEALNet p., Saskatoon.
- KOURI D., DUTCHAK J., LEWIS S. (1997), *Regionalization at age Five: Views of Saskatchewan Health Care Decision-Makers (Supplement Frequency Distributions)*, HEALNet, Saskatoon.
- LAKE R.W., J. REGULSKA (1990), *Political decentralization and capital mobility in planned and market societies: Local autonomy in Poland and the United States*, Policy Studies Journal, 18 (3), 702-719.
- LEMIEUX V., (1997), *La décentralisation*, Les presses de l'Université Laval, Québec.
- LENTJES D. (1990), *Regionalization: Past experience and implications for Alberta*, Calgary Board of Health, Calgary.
- LEVINE C. (1984), *Citizenship and service delivery: The promise of coproduction*, Public administration review, 44 (Special issue), 178-187.
- LEWIS S. (1997), *Regionalization and Devolution: Transforming Health, Reshaping Politics?*, HEALNet Regional Health Planning, Saskatoon.
- MACFARLANE D. (1996), *Citizen Participation in the Reform of Health care Policy: A case example*, Healthcare Management Forum, 9 (2), 31-35.
- MANGELSDORF K.R. (1988), *Décentralisation administrative et développement: des résultats contradictoires en Équateur*, Revue Internationale des Sciences Administratives, 54 (1), 77-100.

- MANITOBA HEALTH (1995), *Annual Report 1994-1995*, Manitoba Ministry of Health, Winnipeg.
- MANITOBA HEALTH (1996), *Annual Report 1995-1996*, Manitoba Ministry of Health, Winnipeg.
- MANITOBA HEALTH (1997A), *Annual Report 1996-1997*, Manitoba Ministry of Health, Winnipeg.
- MANITOBA HEALTH (1997B), *Next Steps, Pathways to a healthy Manitoba*, Manitoba Ministry of Health, Winnipeg.
- MANITOBA HEALTH (1997C), *A Planning Framework to promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.mb.ca/health/documents/planning.pdf>), Manitoba Ministry of Health.
- MANITOBA HEALTH (1997D), *Core Health Services in Manitoba* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.mb.ca/health/documents/core.pdf>), Manitoba Ministry of Health.
- MARCH J.G., OLSEN J.P. (1995), *Democratic Governance*, Free Press, New-York.
- MHATRE S., DEBER R. (1992), *From equal health care acces to equitable acces to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports*, International Journal of Health Services, (22), 645-668.
- MILLS A., VAUGHAN J.P., SMITH D.L., TABIBZADEH I. (1991), *La décentralisation des systèmes de santé: Concepts, problèmes et expériences de quelques pays*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- MINISTER'S ACTION COMMITTEE ON HEALTH SYSTEM REFORM (1994), *Background paper on Regionalization*, Nova Scotia Health, Halifax.
- MINTZBERG H. (1996), *Managing government, governing management*, Harvard Business Review (mai-juin 1996), 75-83.
- NEWFOUNDLAND HEALTH (1994), *Reform Initiatives: Responding to Changing Health Needs*, Newfoundland Department of Health, Saint John.
- NEWFOUNDLAND HEALTH (1997), *The Evolving Health System*, Newfoundland and Labrador Department of Health, St-John.
- NOUVEAU BRUNSWICK SANTÉ ET SERVICES COMMUNAUTAIRES (1996A), *Health and Community Services: Legislative statement* (accessible à l'adresse: <http://www.gov.nb.ca/hcs/spendesp.htm>), Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick, Fredericton.
- NOUVEAU BRUNSWICK SANTÉ ET SERVICES COMMUNAUTAIRES (1996B), *Plan ministériel - Santé et services communautaires* (accessible sur le site: <http://www.gov.nb.ca>), Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick, Fredericton.
- NOVA SCOTIA GOVERNMENT (1994), *An act to establish Regional Health Boards*.
- NOVA SCOTIA HEALTH (1995), *From Blueprint to Building*.
- NOVA SCOTIA HEALTH (1997), *Nova Scotia Health System Regionalization*.
- NOVA SCOTIA HEALTH (1998A), *From the ground up: Community Health Board Development in Nova Scotia 1994-1997*, Community Health Planning and Evaluation Working Group.
- NOVA SCOTIA HEALTH (1998B), *HealthCare Update: Regionalization*, Nova Scotia Department of Health.
- OHA: ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION (1994), *OHA Regionalization Project: A process for implementing health system reform*, Final Report, Ontario Hospital Association.
- ONTARIO HEALTH (1996), *Ontario Ministry of Health Business Plan 1996* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- ONTARIO HEALTH (1997A), *Ontario Ministry of Health Business Plan 1997-1998* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- ONTARIO HEALTH (1997B), *Ontario Ministry of Health FutureShape: A New Structure for the Ministry of Health* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- ONTARIO HEALTH (1997C), *Ontario Ministry of Health - Putting the Patient First: What are The Problems?* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- ONTARIO HEALTH (1997D), *Ontario Ministry of Health - The Rural and Northern Health Care Framework* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- ONTARIO HEALTH (1997E), *Ontario Ministry of Health - Who Does What* (rapport accessible sur le site: <http://www.gov.on.ca/health>), Ontario Ministry of Health, Toronto.
- OSBORNE D., PLASTRIK P. (1997), *Banishing Bureaucracy. The Five Strategies for Reinventing Government*, Addison-Wesley Publishing Company Inc., Reading (MA).
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993A), *Community Needs Assessement: Working Group Report*, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993B), *Partenership for a Better Health*, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993C), *Provincial Health Policy Council: Working Group Report (vol. 1)*, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993D), *Provincial Health Policy Council: Working Group Report (vol. 2)*, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993E), *Structure of our health system: Working Group Report*, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. HEALTH TRANSITION TEAM (1993F), *Utilization Management: Working Group Report*, Transition Team on Health Reform.
- PEI CABINET COMMITTEE ON GOVERNMENT REFORM (1992), *Health Reform: A Vision for Change*, Health Task Force.
- PINEAULT R., LAMARCHE P.A., CHAMPAGNE F., COMTANDRIOPOULOS A.P., DENIS, J.L. (1993), *The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation?*, Journal of Public Health Policy, 14(2), 198-212.
- PRICHARD C., WILLMOTT H. (1997), *Just how Managed is the McUniversity*, Organization Studies, 18(2), 287-316.
- PRINCE EDWARD ISLAND GOVERNMENT (1993), *Laws of Prince Edwards Island: Health and Community Services act*, Charlottetown.
- QUÉBEC (1990), *Une réforme axée sur le citoyen*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- QUÉBEC (1993), *Loi sur les services de santé et services sociaux*, Gouvernement du Québec.
- QUÉBEC (1997), *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec.
- RAINNIE A. (1993), *The reorganisation of large firm subcontracting: myth and reality*, Capital & Class, (49), 53-75.
- RIVIÈRE D'ARC H. (1991), *Du national au particulier: Le débat sur la décentralisation dans trois pays d'Amérique Latine (Brésil, Mexique, Cuba)*, Cahiers des Amériques Latines, (11), 7-22.
- ROCHON J. (1988), *Voir à :Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988).

- RONDINELLI D.A. (1981), *Government decentralization in comparative perspective*, International review of administrative sciences, 47 (2), 135.
- ROO A.A., MAARSE A.M.H. (1990), *Understanding the central-local relationship in health care: A new approach*, International journal of health planning and management, 5 15-25.
- SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (1998), *Analysing the Evidence on European Health Care Reform*, Health Affairs, March/April, 85-108.
- SALTMAN R.B. (1994), *The role of Competitive Incentives in Recent Reforms of Northern European Health Systems*, Health Care cost Control: Internal Market Mechanism, Institut de Recherches en Politiques Publiques, Montreal.
- SALTMAN R.B., VON OTTER C. (1992), *Planned markets and public competition: Strategic reform in Northern European health systems*, Open University Press, Buckingham.
- SALTMAN R.B., VON OTTER C. (1995), *Introduction, Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility*, édité par: R.B. Saltman et C. von Otter, Open University Press, Buckingham, pp. 1-21.
- SANTÉ CANADA (1995), *Réforme du système de Santé au Canada, document de travail*, Santé Canada.
- SANTÉ CANADA (1997), *La réforme des soins de santé au Canada* (rapport sur disquettes informatiques), Santé Canada.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993), *Planning for health: Toward Informed Decision-Making. Summary of Literature Review and a Proposed Evaluation Framework on Emerging Trends in the Organization and Delivery of Health Care Services*, Minister of National Health and Welfare.
- SASKATCHEWAN HEALTH (1993), *A Guide to Core Services for Saskatchewan Health Districts*, Saskatchewan Health.
- SASKATCHEWAN HEALTH (1994), *Introduction of Need-Based Allocation of Ressources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-95*, Saskatchewan Health.
- SASKATCHEWAN HEALTH (1995), *Addendum to: «Introduction of Need-Based Allocation of Ressources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-95» Refinements for 1995-96*, Saskatchewan Health.
- SASKATCHEWAN HEALTH (1996), *Health Renewal is Working: Progress Report October 1996*, Saskatchewan Health.
- SASKATCHEWAN HEALTH (1998), *Health System Directions, Part 1: Continuing the Vision*, Regina, Saskatchewan Health.
- SILLS P., MARSDEN D., TAYLOR M. (1986), *Decentralization: Current trends and Issues*, Community Development Journal, 21 (2), 84.
- SMITH B.C. (1979), *The measurement of decentralization*, International Review of Administrative Sciences, 45 (3), 215.
- THOMASON J.A., KAREL S.G. (1994), *Integrating national and district health planning in a decentralized setting*, Evaluation and Program Planning, 17 (1), 13-18.
- TOURAINÉ A. (1994), *Qu'est ce que la démocratie*, Fayard, Paris.
- TOWNLEY B. (1997), *The institutional logic of performance appraisal*, Organization Studies, 18(2), 261-286.
- TROTTIER L.H., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., DENIS J.L. (1998), *Contrasting visions of decentralisation*, in D. Drache & T. Sullivan (Eds.), *Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure*, Routledge, Toronto.
- TURGEON J. (1989), *Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les CRSSS?*, Service Social, 38 (2-3), 220-245.
- UNICEF (1981), *National Decision-Making for Primary Health Care*, UNICEF/OMS, Genève.
- VEENSTRA G., LOMAS J. (1996), *Home is where the governing is: Social capital and regional health governance*, C96-1, Working paper, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- WILSON P.A., PENDALL R. (1987), *Regionalization and decentralization in Nicaragua*, Latin American Perspectives, Issue 53, vol. 14 (2), 237-254.

MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: **SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

OPZIONI STRATEGICHE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO NELLE AZIENDE SANITARIE

Claudio Caccia¹, Claudio Vella²

¹ Staff Sistemi Informativi e Organizzazione Azienda Ospedaliera di Legnano

² Deloitte Consulting

SOMMARIO: 1. Introduzione: sistemi informativi e cambiamento organizzativo - 2. Opportunità del Mercato tecnologico - 3. Strategie di riferimento nell'introduzione di un Sistema informativo automatizzato aziendale - 4. Alternative gestionali nell'introduzione di nuove piattaforme tecnologiche.

An integrated information system can represent an element of significant change in the health care services. The authors starting from the analysis of the technological market describe some possible strategies and new approaches in implementing and developing the new Health Information Systems. Particular attention is dedicated to the recommendations of Gartner Group that underline necessity to adopt radical choices of business context. Consequently the authors specify that the success of projects for introducing the new integrated information system into the health care organisations can success only through the use of a well structured methodology that can balance activity of change leadership and formation of the human resources, activity of process re-engineering and rapid introduction of information technology

1. Introduzione: sistemi informativi e cambiamento organizzativo

Le Aziende sanitarie dei paesi economicamente più sviluppati si stanno orientando verso modelli assistenziali che appaiono caratterizzati, pur con alcune differenze dovute alle diverse politiche governative, da alcune variabili comuni:

— miglioramento della qualità dell'assistenza anche ricorrendo a modelli di cura alternativi all'ospedalizzazione come le cure domiciliari e diverse forme di *follow-up*;

— espansione della logica di «*network sanitario*»;

— crescente attenzione al miglioramento della «*customer satisfaction*» come fattore distintivo della propria offerta ed elemento chiave nei processi di revisione organizzativa e informativa;

— necessità di contenere la crescita complessiva dei costi di assistenza rispetto al PIL, in contesti caratterizzati

da incrementi nelle richieste di prestazioni sempre più «personalizzate» ed efficaci, ma sempre più costose;

— il ricorso a modelli nazionali o regionali che tendono a sviluppare una maggiore competitività tra le Aziende sanitarie (pubbliche e private) con la conseguente necessità di aumentare le proprie entrate a fronte di un sistema sempre più concorrenziale e costoso;

— attivazione di adeguati sistemi di pianificazione strategica e globale della sanità (unica alternativa per la riduzione dei costi) e di misurazione, in tempo reale, dei risultati aziendali e dei relativi programmi di *management* (programmazione e controllo di gestione).

La necessità di governare questa evoluzione in modo efficace richiede che le Direzioni generali delle Aziende possano disporre di informazioni sempre più accurate e tempestive senza le quali la «navigazione» nella complessità aziendale non potrebbe essere fatta che a vista.

Parallelamente con l'evoluzione dell'attuale società «*information intensive*» crescono le pressioni informative da parte dei potenziali fruitori di servizi socio-sanitari sulle strutture erogatrici per conoscere le possibilità offerte e le alternative disponibili e, in generale, di poter disporre di un più elevato e nel contempo facile accesso a rilevanti informazioni di carattere sanitario.

Le spinte per poter accedere ad un numero di informazioni sempre più ampio e di elevata qualità si generano anche all'interno delle organizzazioni sanitarie dove i professionisti della sanità richiedono di poter gestire in modo strutturato i dati del cittadino (paziente) relativamente sia al suo attuale percorso clinico sia a quelli pregressi integrando dati testuali, immagini, ipertesti (ricomposizione multimediale della storia clinica del cittadino).

Uno studio internazionale di Deloitte Consulting (A.A.VV., 1998,

b), rivolto a centinaia di *top-manager* di strutture sanitarie e assistenziali dei paesi occidentali ha evidenziato che sta rapidamente crescendo, come già avvenuto in altre aree di mercato, la consapevolezza che l'«Information Technology» (di seguito I.T.) rappresenta il catalizzatore più efficace per dare risposte alle istanze di quel cambiamento che non è più eludibile nelle Aziende sanitarie.

Le Direzioni generali delle Aziende sanitarie si trovano quindi di fronte ad una nuova sfida, quella di raggiungere significativi risultati aziendali attraverso le opportunità offerte dal mercato dell'I.T. accelerando lo sviluppo dei propri sistemi informativi. Questa sfida cruciale richiede che la Direzione aziendale non deleghi ad altri il ruolo di definizione e di indirizzamento degli investimenti in I.T. ma che li gestisca direttamente, con un proprio *staff*, e con una visione globale: la casistica dimostra che una delega, spesso sintomo di un disinteresse sulle I.T. da parte della Direzione, ha conseguenze fortemente negative sul piano dello sviluppo delle I.T., in quanto, a fronte di investimenti anche ingenti, i risultati effettivamente riscontrati sul campo sono stati fortemente disallineati con quelli inizialmente attesi.

In tale contesto è indubbio che le Aziende sanitarie italiane (così come quasi tutta la Pubblica amministrazione) presentino un consistente ritardo rispetto ad altri settori in cui l'uso dell'I.T. è storicamente più intenso, come quello bancario, manifatturiero o dei trasporti aerei, pur in presenza di volumi di investimento non trascurabili così come evidenziato in tavola 1.

È possibile, in tale contesto, analizzare lo stato dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie (così come per qualsiasi altra azienda) prendendo in esame quattro principali elementi: la pianificazione degli investimenti in I.T., le funzionalità degli applicativi,

la tecnologia, la qualità delle informazioni generate.

a) Nelle Aziende sanitarie italiane è storicamente esistito un *deficit* di pianificazione dell'I.T. che è stata vissuta come strumento per il supporto di esigenze «operative» ma non come variabile aziendale strategica. Mancanza di cultura dell'informazione e mancanza di un approccio globale hanno determinato una proliferazione «a nicchia» di realizzazioni in totale assenza di *standard* realizzativi rendendo, ora, assai difficile un percorso di integrazione culturale, funzionale e tecnologico.

b) Le applicazioni sw sono frequentemente datate, poco strutturate, spesso «rammendate e rattoppate» per rispondere a esigenze contingenti, poco documentate e in qualche caso non adeguatamente o non più mantenute dai fornitori con conseguenti alti costi di manutenzione e elevati rischi di malfunzionamento a fronte di una qualsivoglia variazione.

c) La tecnologia è spesso obsoleta o laddove non lo è, è stata aggiornata senza una chiara visione architetture, facendo proliferare una varietà di nuovi prodotti spesso sulla pressione dei diversi fornitori; questo induce una complessità gestionale elevata do-

vuta alla molteplicità delle piattaforme tecnologiche in uso.

d) Le informazioni gestite da questi sistemi sono spesso duplicate e non consistenti fra loro, non accessibili da parte di tutti gli utenti degli stessi sistemi, disponibili con forte ritardo rispetto alle esigenze. Ne risulta che i processi operativi sono frammentati in fasi, alcune automatizzate ed altre no, con conseguente ripresa e reintroduzione di dati e che i processi gestionali e direzionali soffrono di una cronica insufficienza di dati e informazioni.

2. Opportunità del mercato tecnologico

A fronte di questo scenario, spesso a toni grigi, lo sviluppo sempre più rapido delle tecnologie del mondo dell'*Information Technology* offre una serie di opportunità che permettono di affrontare e risolvere le sfide di miglioramento delle performance aziendali sopra richiamate. La tavola 2 schematizza queste sfide e le possibili risposte del mondo I.T.

A questo punto appare non più rinviabile un'analisi dei principali *trend* del mercato dell'I.T. al fine di poter disporre di elementi che possono guida-

Tavola 1 - Assinform/Gartner Group

	1997	1998	Var %
Industria	6630	7010	5.7
Banche	5150	5750	11.7
Distrib.ne	3110	3320	6.8
Servizi	2690	2910	8.2
PAC	2220	2350	5.9
PAL	1270	1360	7.1
Tlc	1210	1420	17.4
Assicur.ni	1197	1310	9.4

Tavola 2 - Sfide e opportunità di cambiamento attraverso l'introduzione di I.T.

SFIDE	OPPORTUNITÀ I.T.
Servizio al cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Architettura WEB/Internet - Call Center - Carte microprocessore
Miglioramento processo assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemi informativi focalizzati al "cliente" (<i>Computer Based Record, Electronic Health Record</i>) - Sistemi esperti - Datawarehouse - Architettura WEB/Internet
Contenimento costi	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemi Enterprise Resource Planning (ERP) - EDI/ e-procurement - Sistemi riconoscimento vocale
Cooperazione tra operatori della Sanità	<ul style="list-style-type: none"> - Reti telematiche - Sistemi aperti - Standard operativi - Architetture e standard integrazione

re o supportare un percorso decisionale.

La prima domanda che a nostro parere ci si deve porre è se il mercato della sanità rappresenti non solo un mercato competitivo e appetibile dal mondo dei *vendor* ma anche se le Aziende sanitarie siano soggette alle stesse pressioni che hanno già determinato, negli altri settori industriali, significativi cambiamenti.

In tavola 3 viene evidenziato come il mercato delle applicazioni in sanità rappresenti per il mondo *vendor* uno dei primi sette mercati mondiali

All'interno di tale sviluppo la tavola 4 evidenzia il *trend* di crescita del mercato delle soluzioni applicative (*Packages*) nel periodo 1997-2002 articolandolo per i settori in cui verranno realizzati i maggiori investimenti. In tale contesto appare rilevante sottolineare come il mercato *vendor* sia fortemente orientato e focalizzato su due aree: il mondo UNIX e il mondo

WINDOWS 32 bit (Window 98, WindowsNT/Windows 2000).

Sempre a livello di mercato tecnologico appare possibile affermare con certezza il consolidamento di tre nicchie di espansione tecnologica: il mondo *Web*, i *datawarehouse*, gli *Enterprise Resource Planning* (ERP).

Appare superfluo soffermarsi sull'espansione del mondo e delle tecno-

logie *Web* che è sotto gli occhi di tutti e che certamente influenzerà significativamente l'offerta di prodotti *Web oriented* anche in sanità. Interessante invece è riportare alcuni *trend* sui prodotti *Datawarehouse* e *Erp* (tavole 5 e 6 rispettivamente).

Come si può notare dalla tavola 5 lo sviluppo in Italia delle applicazioni tipo «DataWarehouse» (DWH) è stato estremamente rapido portando ad una triplicazione, nel giro di cinque anni, delle installazioni di tali sistemi. Tale *trend* di crescita è atteso, anche se con tassi più blandi, nel settore della sanità per le motivazioni che verranno di seguito illustrate.

Analoghe considerazioni possono essere fatte anche per le applicazioni di tipo ERP (*Enterprise Resource Planning*) che hanno rappresentato sicuramente uno dei più potenti facilitatori del cambiamento aziendale in quest'ultimo decennio.

3. Strategie di riferimento nell'introduzione di un sistema informativo automatizzato aziendale

Possiamo quindi riassumere schematicamente quello che è stato e sarà il percorso evolutivo delle tecnologie e delle architetture applicative dei sistemi informativi a partire dagli anni '80. Tale evoluzione, sintetizzata in tavola

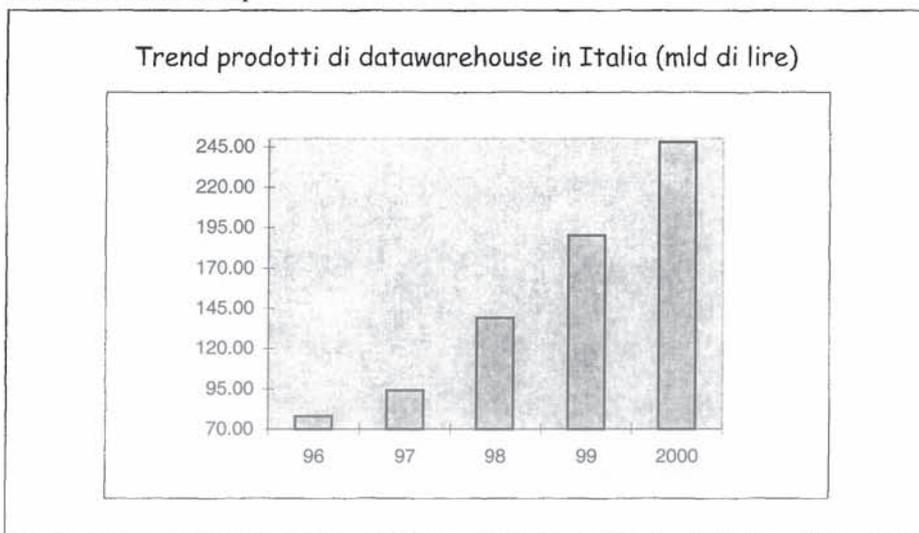
Tavola 3 - Worldwide vertical-industry application revenues by market, 1996 and 1997 (\$M)

	1996	1997	1996-1997 Growth (%)
Engineering	5,394.9	6,143.6	11.9
Manufacturing	4,075.2	4,839.6	18.8
Retail/wholesale	(Included in "Other")	1,018.1	NA
Banking/finance	2,527.4	2,593.7	14.9
Insurance	1,046.2	1,188.7	13.6
Health care	2,055.1	2,489.1	21.1
Other vertical-industry applications	7,581.2	7,381.3	NM
Total	22,409.9	25,654.1	14.5

Tavola 4 - Worldwide healthcare application

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Mainframe	327.2	441.3	445.6	439.6	372.9	276.1
OS/400	143.5	161.8	171.4	159.9	186.5	165.7
Open VMS	283.7	294.2	308.5	319.7	372.9	276.1
Unix	1,079.9	1,353.4	1,645.1	2,038.3	2,065.1	2,385.7
OS/2	7.4	5.9	5.1	5.2	4.7	0.5
Novell NetWare	39.2	20.3	18.5	26.4	22.9	32.9
Other host/server	334.1	323.6	308.5	279.8	279.7	276.1
16-bit Windows and DOS	143.9	147.1	137.1	119.9	93.2	55.2
Mac OS	0.0	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3
32-bit Windows	116.2	176.5	342.7	519.6	1,142.1	1,883.1
Cross-platform	0.0	5.9	34.3	79.9	116.5	165.7
Other single-user	13.9	11.8	10.3	8.0	4.7	5.0
Total	2,489.1	2,942.2	3,427.3	3,996.6	4,661.6	5,552.4

Tavola 5 - Gartner Group



7, viene analizzata attraverso alcune variabili di cui riteniamo particolarmente critiche e degne di nota, in quanto hanno prodotto e produrranno significativi impatti sia sui sistemi informativi sia sull'organizzazione aziendale, le ultime quattro variabili che tendono a evidenziare la presenza di caratteristiche di ampio decentramento dei sistemi informativi, maggior elasticità delle architetture tecnologiche, capillare diffusione dei siste-

mi informativi con un ruolo degli utilizzatori sempre più marcato, necessità di sistemi di sicurezza sempre più sofisticati proprio in ragione della maggior penetrazione e diffusione dei sistemi informativi.

Per ciò che riguarda le architetture applicative Gartner Group e Computer Based Patient Record Institute evidenziano che alcune pressioni del mercato dei vendor saranno replicate nel mondo sanitario il quale, secondo questi istitu-

ti, «è caratterizzato da una proliferazione di singole soluzioni dipartimentali a tal punto che anche negli ospedali più piccoli, dove il sistema informativo ospedaliero potrebbe essere fornito da un unico vendor, esistono i più disparati sistemi informatici che supportano diverse strutture organizzative» (M. Duncan, D. Garets, 1999). In particolare ci si aspetta che progressivamente l'architettura dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie evolva verso il modello CPR che viene sintetizzato nella tavola 8.

Sempre gli stessi istituti di ricerca «raccomandano» di seguire alcune linee operative già utilizzate vantaggiosamente in altri contesti (M. Duncan, D. Garets, 1999).

1) Rimpiazzare i molteplici e disparati sistemi con un unico e nuovo sistema informativo aziendale.

2) Laddove non sia possibile la sostituzione dei sistemi realizzare, più realisticamente, una suite di applicazioni costruite su un modello *Service-Oriented Architecture* (SOA) in quanto l'utilizzo di un *middleware* favorisce l'integrazione e l'interfaccia con sistemi eterogenei.

3) Creare un *database* e popolarlo con i dati provenienti dai più disparati sistemi effettuando l'integrazione fuori dai sistemi esistenti (tecniche *datawarehousing*).

4) Integrare il *front-end* con l'uso di *graphic user interface*.

5) Considerare che entro il 2007 l'80% delle Aziende sanitarie integreranno il proprio sistema con applicativi accessibili via *internet*.

Come vedremo nell'ultima parte dell'articolo le Aziende sanitarie si trovano ad affrontare sostanzialmente due possibili scelte che sono indicate nei primi due punti delle raccomandazioni di Gartner Group:

— sostituire i molteplici e disparati sistemi con un unico Sistema informa-

Tavola 6 - Metagroup

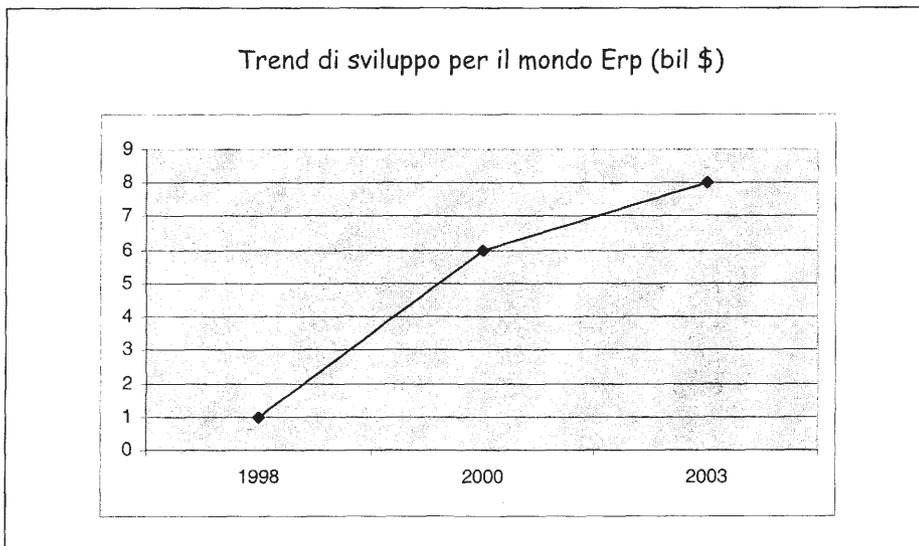


Tavola 7

	1980	1990	Attuale Trend
ORIENTAMENTO	Focus sulle Transazioni	Focus sulla capacità Analisi	Focus sul Supporto Decisionale
HARDWARE	Centralizzato	Distribuito	Decentrato Networking
NETWORKING	Comunicazioni Punto a Punto	Da Punto-Punto a Multipunto	Interconnessioni Lan/Wan
AGGIORNAM. DATI	Controllato dai Sist. Informat.	Responsabilità Utenti limitata	Responsabilità e controllo Utenti
INTEGRAZIONE	Tramite Interfacce	Primi livelli di Integrazione	Realizzazione di Middleware/Erp
SICUREZZA	Immediato	Difficile	Estremamente Complesso
PRIORITA'	Alta Disponibilità Alte Prestazioni	Alta Disponibilità & Flessibilità	Alta Disponibilità, Flessibilità, Autonomia utilizzatori

Rivisto da Deloitte Consulting

tivo aziendale (secondo il modello CPR);

— mantenere gli attuali sistemi costruendo un *middleware* di integrazione.

Relativamente a questo secondo punto riteniamo opportuno approfondire il significato e i contenuti dell'integrazione. Nel corso dell'evoluzione tecnologica alla parola integrazione è stato conferito un significato diverso. Da una prima fase caratterizzata dalla presenza di «isole» e mondi totalmente differenti, si è passati ad una fase di realizzazione di interfacce di integrazione tra sistemi applicativi. In seguito alla introduzione dei *database* relazionali si è iniziato un percorso di revisione delle architetture informatiche favorendo l'utilizzo di alcune tabelle comuni di dati (in tavola 9 tale evoluzione viene rappresentata dai cilindri grigi). L'evoluzione di tale logica ha prodotto un ulteriore sforzo di standardizzazione sfociato in una fase, la terza, di produzione degli *standard Health Level 7, CEN-TC251, SOA* che prevedono un unico *database* aziendale, uno strato intermedio di servizi e uno strato di funzioni applicative. L'ulteriore fase evolutiva è caratterizzata dai sistemi ERP nei quali l'integrazione dei dati è nativa in ragione alla logica interna di realizzazione del sistema fortemente basato sulla conoscenza dei processi organizzativi e delle informazioni necessarie per ciascun processo (Commissione informatica medica, 1994).

La conoscenza dell'esatto posizionamento del sistema informativo aziendale consente, come vedremo, di scegliere tra diverse alternative nell'utilizzo dell'I.T. come fattore di cambiamento aziendale.

Appare peraltro importante sottolineare, inoltre, che pochissimi *vendor* a livello italiano ed europeo hanno adottato una architettura di integrazione

Tavola 8 - Health Information System

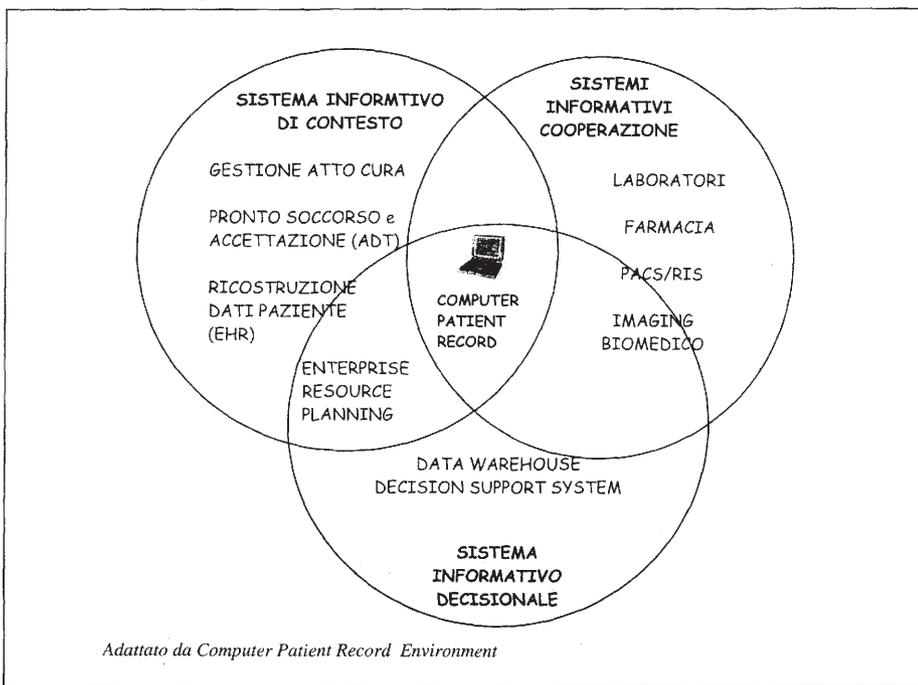
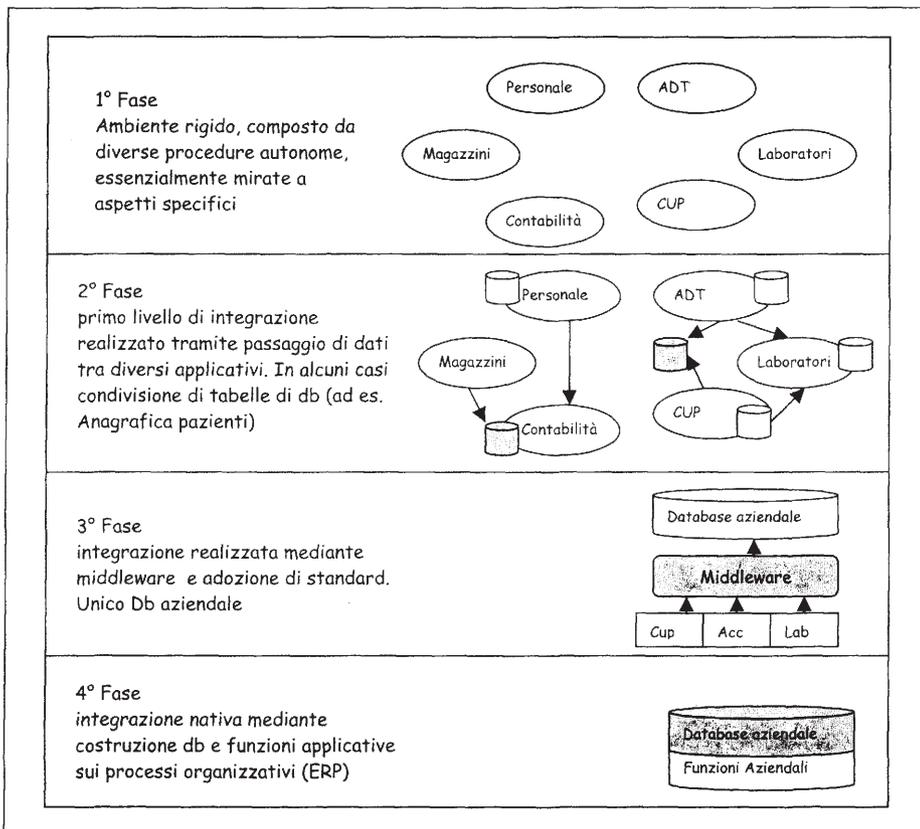


Tavola 9 - Evoluzione delle architetture e standard di integrazione



che riprende il modello HL7/SOA o CEN/TC 251.

Sempre in materia di integrazione appare necessario porre attenzione a due fenomeni emergenti che potranno caratterizzare i sistemi informativi sanitari dei prossimi anni:

- 1) l'integrazione tra il mondo aziendale e il mondo *internet*;
- 2) l'uso delle carte sanitarie.

Per quanto concerne il primo punto appare opportuna una buona conoscenza di quanto sta avvenendo a livello internazionale relativamente alla produzione di *standard*. In tale contesto pare opportuno segnalare che Gartner Group evidenzia come lo *standard* DNA2000 di Microsoft può costituire un superamento di alcune limitazioni dei precedenti *standard* DCOM e CORBA (J. Klein, Y. Natis, 2000; AA.VV., 1999 a; AA.VV., 1999 b). In tavola 10 viene proposta una sintesi dell'evoluzione tecnologica degli *standard*.

Per quanto concerne l'utilizzo di carte sanitarie un recente studio, CER-GAS BOCCONI (1999), sulle esperienze francesi, tedesche e spagnole (V. Mele, 1999), tende ad evidenziare alcuni problemi di pianificazione e realizzazione di tali progetti in relazione alla molteplicità degli attori coinvolti negli stessi, che ovviamente risultano essere orientati a risultati molto eterogenei (le organizzazioni sanitarie a uno snellimento burocratico-amministrativo; i clinici a una ricomposizione delle informazioni cliniche dei propri assistiti), con un conseguente aumento della complessità organizzativa e tecnologica.

Peraltro la maggior parte di tali sperimentazioni tende ad archiviare sulla carta informazioni non sensibili in quanto la registrazione di informazioni sensibili richiederebbe un'ulteriore sofisticazione dei sistemi tecnologici in uso. Su quest'ultimo aspetto riteniamo opportuno segnalare che il D.L. vo

Tavola 10 - Standard informatici in sanità

	1^ generazione standard	2^ generazione standard	3^ generazione standard
Standard integrazione Network sanitari		CEN-TC 251 HL7/SOA EDIFACT/X12 DI COM	HL7 vers 3 ISO-TC 215
Standard tecnologici	Ieee	DCOM CORBA Andover Working Group (Activex in sanità)	WEB BASED XML HTTP DNA 2000
	1980 → 1989	1990 → 1998	1999 →

Medical Record Institute 98

282/99 consente ai cittadini di OP-PORSI alla registrazione in formato elettronico, su carta magnetica/micro-processore, dei propri dati sanitari iniziando l'eventuale utilità dei progetti in via di realizzazione.

La conclusione dell'analisi di questi trend tecnologici per la sanità induce a evidenziare alcune interessanti tendenze.

La prima riguarda il crescente processo di omogeneizzazione che sta caratterizzando i settori sanitari nei paesi europei e mondiali.

Infatti sebbene i mercati sembrano presentare significative differenze è possibile prevedere una graduale convergenza verso un unico modello di struttura e di articolazione dei sistemi informativi utilizzati. Questo processo risulta più evidente nei processi clinici laddove sono stati e sono in via di definizione standard globali a livello internazionale (vedi HL7 ver3).

Una seconda tendenza riguarda l'offerta di applicazioni con riferimento agli investimenti necessari per sviluppare componenti applicative solide e nello stesso tempo flessibili da vendere in mercati caratterizzati da profitti fortemente depressi. Questa situazione determinerà una progressiva

concentrazione del mercato dell'offerta che sarà dominato da pochi venditori, gli unici che potranno farsi carico di rilevanti costi di ricerca e sviluppo in un'ottica di globalizzazione delle soluzioni applicative.

Tale processo sarà favorito da un parallelo consolidarsi di standard globali per l'I.T. in sanità come quelli già in uso in altre offerte di mercato.

Un terzo elemento è rappresentato dal progressivo interesse di grandi vendor di sistemi ERP integrati nel verticalizzare le loro soluzioni anche nel settore sanità. Si rendono così disponibili anche per le A.S. quei sistemi che, se ben introdotti, comportano vantaggi significativi in termini di tensione dei processi organizzativi e di risoluzione dei costi.

Tutti gli elementi sopraesposti (crescenti pressioni informative esterna-interna, necessità di fornire concrete risposte alle sempre più stringenti esigenze di business, stato dell'arte mediamente insufficiente dei S.I. aziendali, rapida evoluzione del mercato dell'I.T.) con tutte le opportunità che ne derivano richiedono una riflessione strategica da parte delle Direzioni aziendali sulle scelte da effettuare per un radicale cambia-

mento del Sistema informativo della propria azienda.

Tali sistemi informativi devono essere:

- orientati al cittadino-cliente e al servizio da lui atteso;

- focalizzati sui valori distintivi dell'Azienda ovvero permettere di esaltarne le competenze distintive;

- progettati in modo unitario per l'Azienda nel suo complesso, focalizzati sui processi operativi e gestionali in modo integrato favorendo il miglioramento continuo delle attività;

- costruiti su un'architettura tecnologica «aperta» e con utilizzo di standard di mercato e che consenta l'accesso distribuito delle informazioni;

- realizzati con l'ampio coinvolgimento agli operatori interni sostenuti da adeguati programmi di «formazione» e «training».

4. Alternative gestionali nell'introduzione di nuove piattaforme tecnologiche: valutazione criticità e risultati

La scelta di un deciso intervento sui sistemi informativi deve essere effettuata valutando, come suggerito da *Gartner Group*, sia i sistemi esistenti, sia i trend del mercato tecnologici (che abbiamo entrambi visto) sia i costi e i rischi di tale operazione.

Esistono in proposito diverse alternative d'azione. Alcune ricerche evidenziano principalmente cinque tipologie di azione relativamente ai costi e a rischi previsti (AA.VV., 1998 a; M. Duncan, D. Garets, 1999). Le alternative vengono evidenziate in tavola 11.

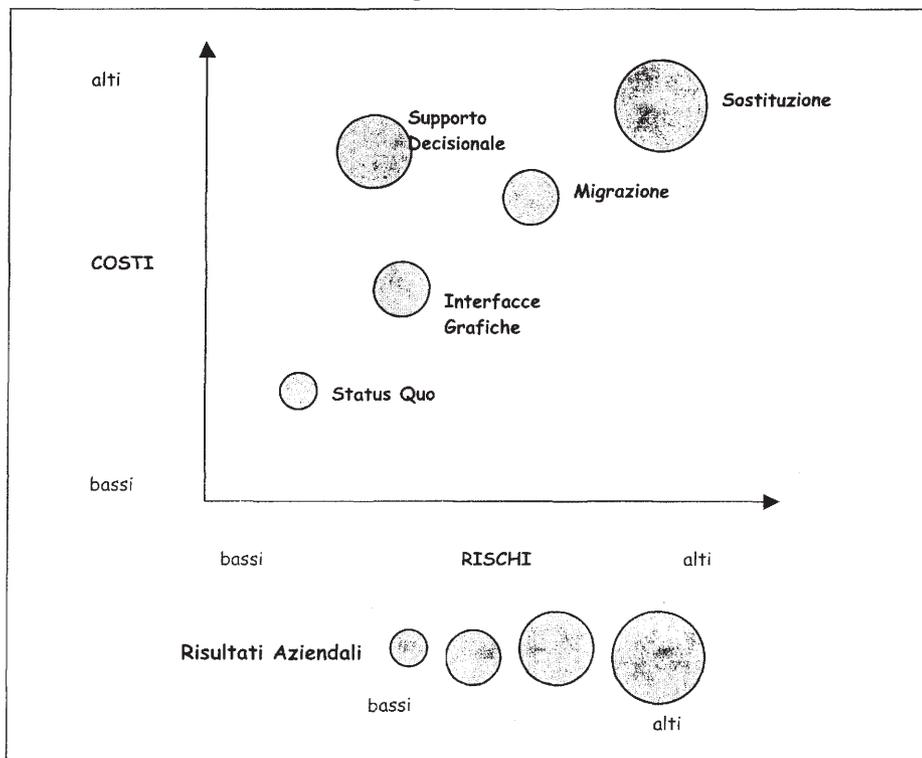
In tavola 12 le diverse alternative e strategie d'azione vengono valutate anche in relazione ai risultati aziendali attesi.

L'analisi delle alternative evidenzia che, in relazione ai risultati aziendali attesi e ai costi-rischi previsti in un

Tavola 11 - Alternative nelle scelte di implementazione

ALTI RISCHI ----- COSTI BASSI	SOSTITUZIONE	Scelta principe, necessario disegno delle funzionalità, revisione processi organizzativi e informativi
	MIGRAZIONE	Muovere il sistema verso nuove piattaforme adottando middleware e standard di integrazione
	SUPPORTO DECISIONALE	Aggiungere funzionalità di datawarehousing utilizzando i dati dei sistemi gestionali, adottando middleware e standard di integrazione
	INTERFACCE GRAFICHE	Restyling dei sistemi in uso attraverso interfacce grafiche
	STATUS QUO	Mantenere le cose come stanno. Logica molto diffusa nelle aziende

Tavola 12 - Alternative nelle scelte di implementazione di I.T.



piano di revisione dei processi organizzativi e informativi, alle aziende sanitarie rimangono due percorsi:

a) qualora i sistemi informativi esistenti siano inadeguati, in termini di tecnologia (*standard* apertura) e di funzionalità, appare opportuno intro-

durare un unico e nuovo sistema informativo (ERP) seguendo il modello *Gartner Group/CRP Institute*;

b) qualora il livello dei sistemi informativi esistenti sia considerato accettabile, prevedere un *middleware* di integrazione (CEN-TC

251/HL7/SOA) e realizzare un *datawarehouse*.

Ovviamente entrambe le soluzioni «guidano» profondi cambiamenti nelle logiche gestionali ed organizzative, dovuti al significativo impatto di tali tecnologie sui processi decisionali e sui meccanismi operativi. Va peraltro precisato come tali modificazioni possano essere realizzate a seconda del percorso selezionato: in effetti la realizzazione di tecniche di *datawarehousing* (DWH), insite nella seconda scelta che prevede l'utilizzo dei sistemi informativi esistenti, consente un processo di revisione dei processi organizzativi graduale, con il rischio però di riprodurre nel *datawarehouse* logiche e informazioni che hanno determinato situazioni di inefficienza; al contrario l'inserimento di un nuovo sistema informativo aziendale (modello ERP) traduce la revisione dei processi organizzativi e informativi come «condicio sine qua non» appare impossibile la realizzazione del sistema stesso (tavola 13).

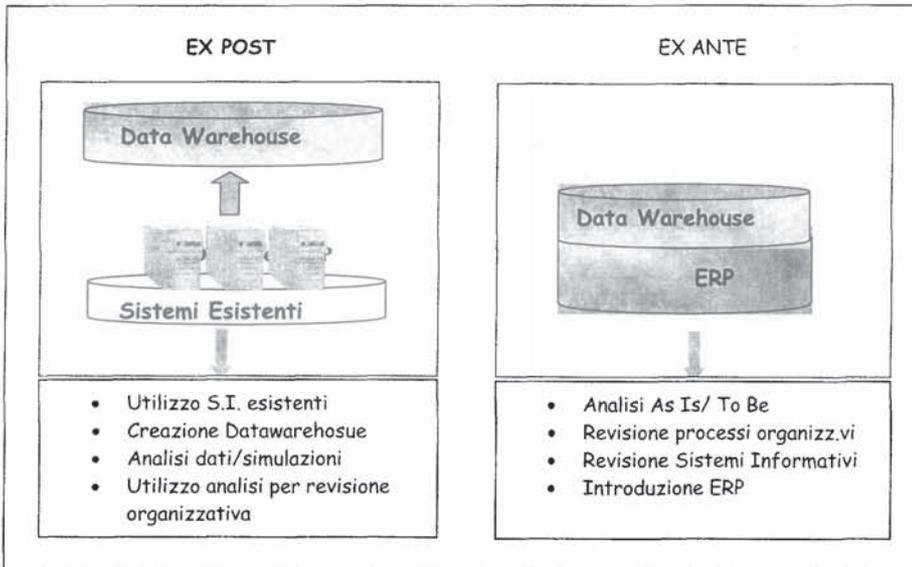
Tali percorsi, risultando strettamente connessi alla tipologia di implementazione e alla logica di funzionamento dei sistemi ERP e DWH, presentano quindi significative differenze riguardanti:

1) la revisione processi organizzativi/informativi:

a) *ex post* quando, utilizzando i sistemi informativi esistenti, viene creata un'architettura di *datawarehouse*: in tale contesto infatti il sistema organizzativo verrà riallineato alle esigenze di efficienza/efficacia basandosi sull'analisi dei dati e delle simulazioni prodotte dal sistema;

b) *ex ante* nel caso di implementazione di sistemi a forte integrazione (ERP): la revisione dei processi organizzati è antecedente alla realizzazione del progetto, richiedendo una ri-

Tavola 13 - Gestione processi revisione organizzativa connessa all'introduzione delle nuove soluzioni architetturali



gorosa analisi dei sistemi esistenti (AS IS), un conseguente ridisegno dei processi organizzativi e informativi (TO BE) e le scelte di configurazione del nuovo sistema informativo aziendale;

2) l'area chiave del cambiamento:

a) approccio prevalentemente tecnologico nel caso dell'implementazione del *datawarehouse* e del *middleware* di integrazione;

b) approccio prevalentemente rivolto sulla revisione dei processi organizzativi aziendali nelle soluzioni ERP.

In entrambi i casi, ma soprattutto in quelli caratterizzati dall'introduzione di sistemi integrati di nuova generazione, è necessario adottare un approccio generalmente diverso da quello comunemente utilizzato in passato e che considerava prevalentemente gli aspetti tecnologici.

L'ormai decennale storia delle implementazioni di sistemi integrati ha rilevato che i progetti di successo sono stati quelli che hanno integrato correttamente altre dimensioni oltre a quella tecnologica, in particolare, come evidenziato in tavola 14:

— i processi aziendali interessati dalle funzionalità dei nuovi sistemi: vanno infatti ricercate tutte le opportunità per semplificare modalità operative tradizionalmente ancorate a vecchi e stratificati schemi, anche prendendo spunto da pratiche aziendali vincenti (*best practice*) contenute nei nuovi strumenti tecnologici;

— le «persone» dell'Azienda che saranno coinvolte direttamente, come utenti o come partecipanti ai gruppi di lavoro, o indirettamente dal cambiamento. Sarà necessario quindi avviare un programma di gestione del cambia-

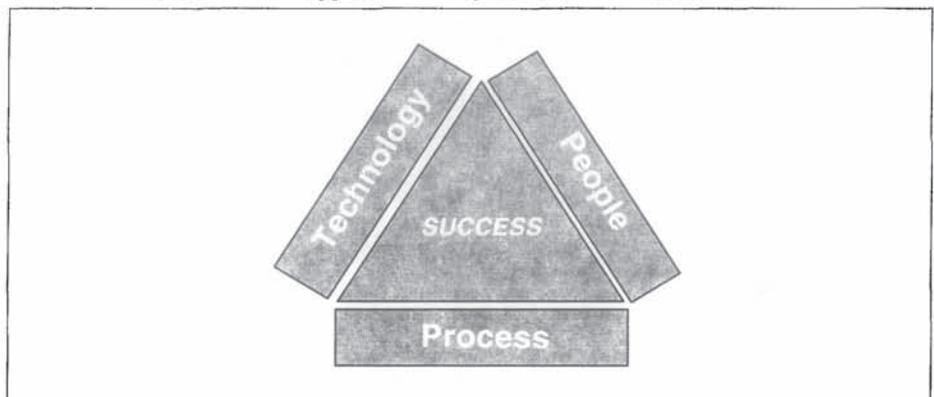
mento che prepari l'Azienda ad accettare l'introduzione di nuove tecnologie, nuovi processi organizzativi, nuove strutture organizzative. Tale programma dovrà essere affiancato da specifici interventi di COMUNICAZIONE e di FORMAZIONE (AA.VV., 1998 a).

Da ultimo riteniamo opportuno evidenziare la necessità imprescindibile di prevedere modifiche reali nella «funzione SISTEMI INFORMATIVI» delle Aziende sanitarie che per i motivi espressi fino ad ora non può che trovare adeguata collocazione organizzativa se non in *staff* alla Direzione generale.

A tale struttura dovrà essere demandata la gestione del progetto di revisione del Sistema informativo aziendale che preveda, in modo strutturato ed esaustivo, la possibilità di governare tutte le dimensioni del progetto stesso (tecnologiche, organizzative, comunicazionali) sulle quali operano, accanto agli operatori interni, diverse società fornitrici.

In sintesi possiamo concludere affermando che la disponibilità di un'efficace Sistema informativo è ormai una scelta strategica per un'Azienda sanitaria; nel contempo che esiste oggi una significativa opportunità di costruire un Sistema informativo che determini reale valore aggiunto per l'Azienda e che, all'opposto, esiste un

Tavola 14 - Nuovo modello di approccio all'implementazione di sistemi informativi



enorme rischio di non cogliere tale opportunità.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1994) A, *HealthCare Framework*, Cen-Tc 251 Project Team 010.
- AA.VV. (1994) B, *Standard architecture for healthcare Information System*, Cen-Tc 251 Project Team 013.
- AA.VV. (1994) C, *Standard architecture for healthcare records*, Cen-Tc 251 Project Team 011.
- AA.VV. (1998) A, *Global Survey of Chief Information Executives*, Deloitte & Touche Consulting Group.
- AA.VV. (1998) B, *Information System transformation service line: health*, Deloitte & Touche Consulting Group.
- AA.VV. (1999) A, *Applications for electronic patient record systems*, Medical Records Institute.
- AA.VV. (1999) B, *Application integration in healthcare*, Windows on Healthcare, Spring.
- AA.VV. (1999) C, «Health information technology, its role in healthcare management: a regional case study», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.
- AA.VV. (1999) D, *Standards in Healthcare Informatics*, Medical Records Institute.
- BERGERON B. (1999), «Medical information technology: a vehicle for change», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.
- BOCCONI-CERGAS (1999), *Rapporto interno di ricerca*.
- BYRON D. (1998), *Vertical Industry Applications: 1998 Worldwide markets and trend*, Idc, maggio.
- BYRON D. (1998), *Health Care Applications: 1998 Worldwide markets and trend*, Idc, maggio 1998.
- COMMISSIONE INFORMATICA MEDICA (1994), *Piattaforma applicativa per l'integrazione funzionale ed informativa di applicazioni software in un sistema informativo sanitario*, UNI-CNR.
- DAVIS M. (1999), *Healthcare e-business: a new supply chain paradigm*, Gartner Group, ottobre 1999.
- DUNCAN M., GARETS D. (1999), *The 1999 state of healthcare IT: business, management and strategy drivers and trends*, Gartner Group, settembre 1999.
- INFORMATION AUTHORITY NATIONAL HEALTH SERVICE (1998), *Edifact messages in the NHS*, marzo 1998.
- INFORMATION AUTHORITY NATIONAL HEALTH SERVICE (1998), *Implementing EDI in the NHS*, Guidelines e Checklist, aprile 1998.
- INFORMATION AUTHORITY NATIONAL HEALTH SERVICE (1999), *Scenarios for the Electronic Health Record (HER)*, Version 1.0 luglio 1999.
- KLEIN J., NATIS Y. (2000), *Microsoft's Architecture Is E-Health friendly*, Gartner Group, gennaio 2000.
- LINCOLN T. (1998), *XML the new enabling technology to treat an Electronic Health Record as a collection of documents: paradigm shifts and shafts*, Medical Records Institute.
- KOLDING M., DAVIS E. (1999), *European Software Support and integration services markets and trends, 1998-2003*, Idc.
- MELE V. (1999), «Le carte sanitarie: l'esperienza di alcuni paesi europei», *Mecosan*, 32, pp.: 121-132.
- ZVIRAN M., ARMONI A. (1999), «Integration hospital information systems: a bottom up approach», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

CARLA COLLICELLI
MICHELE CORTELLARO
(a cura di)

**Accrescere l'efficacia
degli interventi.
L'esperienza
delle linee guida
diagnostico-terapeutiche
e la regolazione del settore
farmaceutico**

FrancoAngeli
Milano, 1999

I lavori del sesto anno di attività del Forum per la ricerca biomedica presentati nel volume sono stati realizzati in collaborazione con il Censis mediante l'attivazione di due Commissioni di lavoro che si sono occupate rispettivamente delle caratteristiche e delle condizioni di applicazione delle Linee guida diagnostico-terapeutiche nella medicina generale e dell'evoluzione della spesa farmaceutica e delle politiche di regolamentazione del settore. Il testo si articola in tre parti: una prima parte con i materiali dei lavori sulle linee guida; la seconda parte che riporta i risultati della Commissione che si è occupata dei consumi farmaceutici e di andamento del relativo settore; la terza parte che raccoglie gli interventi alla Tavola rotonda sul tema «Pubblico e privato nella sanità: istituzioni e spesa» svoltasi nell'ambito della IV Convention nazionale sul farmaco.

INDICE: PREMESSA. FARMACI E SANITÀ AL 1998 - PARTE PRIMA. CARATTERISTICHE E CONDIZIONI DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE NELLA MEDICINA GENERALE: ANALISI E PROPOSTE - 1. CONSIDERAZIONI DI SINTESI - 2. LINEE GUIDA E SISTEMA SANITARIO NEL REGNO UNITO, IN FRANCIA E NEI PAESI BASSI - 3. L'INDAGINE SULLE OPINIONI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN TEMA DI LINEE GUIDA - 4. LE PROPOSTE DEL FORUM PER LA RICERCA BIOMEDICA - PARTE SECONDA. L'EVOLUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ITALIA E LE POLITICHE DI REGOLAZIONE DEL SETTORE - 1. L'ANDAMENTO DEL SETTORE FARMACEUTICO - 2. L'ANALISI TERRITORIALE - 3. IL QUADRO INTERNAZIONALE - 4. I RISULTATI DI UN'INDAGINE SUGLI UTENTI - PARTE TERZA. TAVOLA ROTONDA - PUBBLICO E PRIVATO NELLA SANITÀ. ISTITUZIONI E SPESA.

Alla base di questo saggio sulla valutazione economica dei farmaci si trova il quesito circa quale debba essere il prezzo di un farmaco innovativo o, meglio, quale costo sia disposto a pagare il Sistema sanitario nazionale per un farmaco innovativo nell'interesse della collettività. Tale domanda è rivolta non soltanto a coloro che ne devono decidere il valore secondo norme di fissazione dei prezzi, ma anche a coloro che ne fanno uso nella loro professione (medici, ospedalieri, farmacisti, direttori sanitari, ecc.) avvicinando due mondi non più visti come in contrapposizione, ma comunicanti. Gli autori identificano chiaramente gli elementi che devono essere alla base di una ricerca farmacologica, ovvero obiettivi, misurazione dei costi e risultati ottenuti.

INDICE: PRAFZIONE (MARIO BRUZZONE) - INTRODUZIONE - L'EUROPA E LA DELIBERA CIPE 109/97 - EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA EUROPEA - PROCEDURA MULTI-STATO - PROCEDURA DI CONCERTAZIONE - LIMITI DELLE DUE PROCEDURE - AUTORIZZAZIONE NAZIONALE - PROCEDURA CENTRALIZZATA - MUTUO RICONOSCIMENTO - DETERMINAZIONE DEL PREZZO -PROCEDURA DI CONTRATTAZIONE - L'OUTCOME ED I COSTI - VALUTAZIONE ECONOMICA - RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI - APPENDICE - LA VALUTAZIONE ECONOMICA - TECNICHE DI VALUTAZIONE ECONOMICA - ANALISI COST-MINIMIZATION - ANALISI COST-EFFECTIVENESS - ANALISI COST-UTILITY - ANALISI COST BENEFIT - APPENDICE - CONCLUSIONI.

CARLO LEO
STEFANO REGGIO

**Valutazione economica
dei farmaci innovativi**

Il Pensiero Scientifico
Editore
Roma, 1999

IVO COLOZZI
PIERPAOLO DONATI
(a cura di)

La sanità non profit
Il ruolo del privato sociale
nei servizi sanitari

Maggioli Editore
Rimini, 2000
pagg. 261, L. 38.000

Il volume propone i risultati e le riflessioni nati da una ricerca sul ruolo delle organizzazioni non profit a sostegno dei nuovi sistemi pubblici di tutela della salute. Nella prima parte si esaminano i progetti e gli schemi di riforma nei principali paesi europei, nell'ottica del ruolo assegnato al privato, e soprattutto alle onp, per la gestione dei servizi per la salute, con uno sguardo all'esperienza statunitense. Nella seconda parte viene presentata una mappa dell'attività sinora svolta dalle onp nel settore sanitario, con riferimento all'assistenza ospedaliera, poliambulatoriale e all'assistenza domiciliare, secondo dati ricavati da una apposita indagine empirica. Conclude una terza parte sulle prospettive che auspica un modello di servizio sanitario in cui i settori pubblico e privato siano in grado di realizzare una promozione reciproca, secondo logiche «societarie».

INDICE: INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI E RUOLO DEL NON-PROFIT: IL QUADRO INTERNAZIONALE - CAPITOLO I. LE DUE RIFORME DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE INGLESE (IVO COLOZZI) - CAPITOLO II. L'ORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ NEGLI STATI UNITI D'AMERICA: IL MANAGED CARE COME STRUMENTO PER CONTENERE E RAZIONALIZZARE I COSTI DEL SISTEMA SANITARIO (RICCARDO PRANDINI) - CAPITOLO III. LA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI. QUALE RUOLO PER IL PRIVATO SOCIALE? (SANDRO STANZANI) - CAPITOLO IV. IL RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT NEI SISTEMI SANITARI RIFORMATI: UN APPROFONDIMENTO SUL MODELLO OLANDESE (FABIO FERRUCCI) - PARTE SECONDA. UN'INDAGINE QUANTITATIVA SUL RUOLO DEL PRIVATO SOCIALE NELLA SANITÀ ITALIANA - CAPITOLO V. LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO (FABIO FERRUCCI) - CAPITOLO VI. LA COOPERAZIONE SOCIALE (SANDRO STANZANI) - CAPITOLO VII. IL QUADRO INTERNAZIONALE (FABIO FERRUCCI) - CAPITOLO VIII. LE STRUTTURE DELL'ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SOCIO-SANITARI - ARIS (RICCARDO PRANDINI) - CAPITOLO IX. UNO SGUARDO DI SINTESI (IVO COLOZZI) - PARTE TERZA. PROSPETTIVE PER IL FUTURO - CAPITOLO X. SISTEMI SOCIO-SANITARI, TERZO SETTORE E WELFARE MIX: LOGICHE LIB/LAB VS LOGICHE «SOCIETARIE» NELLE NUOVE POLITICHE SOCIALI (PIERPAOLO DONATI).

Il testo esamina la costruzione e l'implementazione di una politica nel Servizio sanitario nazionale, circa l'introduzione in tale sistema della concorrenza per mezzo della riforma avviata nel 1992. Lo studio inizia cercando di definire il termine concorrenza nel settore sanitario, per passare alla descrizione dell'impianto del modello di concorrenza contenuto nel D.L.vo 502/92 e della sua evoluzione negli anni seguenti. Si cerca quindi di determinare in che misura fosse realistico prevedere che ci sarebbe stata concorrenza nel Ssn al momento di impianto della politica, le cui componenti chiave erano l'uso delle tariffe per remunerare gli erogatori di servizi e il meccanismo di selezione di tali erogatori. Si descrivono i due elementi sia a livello nazionale che di regione, identificando inoltre possibili scenari per l'uso di meccanismi pro-concorrenziali in ognuna di esse. Concludono alcuni suggerimenti generati da tale esperienza.

INDICE: INTRODUZIONE (GEORGE FRANCE) - CAPITOLO 1. LA CONCORRENZA IN SANITÀ: NOZIONI, CONCETTI, MODELLI ED ESPERIENZE (GEORGE FRANCE) - CAPITOLO 2. LA VIA ITALIANA ALLA CONCORRENZA AMMINISTRATA (GEORGE FRANCE) - CAPITOLO 3. LE PROSPETTIVE CONCORRENZIALI NEL SSN: UNA PRIMA ANALISI (IRENE SILVESTRI) - CAPITOLO 4. RASSEGNA DEI PROVVEDIMENTI NORMATIVI DI ATTUAZIONE DELLE TARIFFE OSPEDALIERE (CAROLINA ANNICHIARICO) - CAPITOLO 5. IL SISTEMA DELL'ACCREDITAMENTO NEI SERVIZI SANITARI REGIONALI (CAROLINA ANNICHIARICO) - CAPITOLO 6. SCENARI DI CONCORRENZA AMMINISTRATA A LIVELLO REGIONALE (SIMONA MASCIA) - CAPITOLO 7. CONCORRENZA IN SANITÀ: L'OPINIONE DEI DIRETTORI GENERALI (GEORGE FRANCE) - CONCLUSIONI (GEORGE FRANCE).

GEORGE FRANCE
(a cura di)

**Politiche sanitarie
in un sistema
di governo decentrato**
Il caso della concorrenza
nel SSN

Giuffrè
Milano, 1999
pagg. 250, L. 32.000

CARMINE MUNIZZA
GIORGIO DONNA
SALVATORE NIEDDU
(a cura di)

**Finanziamento
e management
del Dipartimento
di salute mentale**

il Mulino
Bologna, 1999
pagg. 291, L. 44.000

Il libro nasce da un progetto di ricerca sui costi e le tariffe dell'attività ambulatoriale dei Centri di salute mentale, promosso nel 1997-1998 dalla Società italiana di psichiatria. Obiettivo della ricerca è stato da un lato quello di focalizzare una proposta di finanziamento complessiva del Dipartimento di salute mentale, che permettesse il superamento dell'attuale sistema, delle sue distorsioni e dei suoi problemi, dall'altro di proporre nuovi strumenti e metodologie di management dell'azienda-Dsm. Nella prima parte del volume si presenta il modello di finanziamento del Dsm che è stato assunto quale proposta ufficiale al Ministero della sanità da parte della Società italiana di psichiatria. La seconda parte si incentra sugli strumenti e le tecniche di gestione, con l'approfondimento con un'impostazione innovativa di temi classici, quali sistemi di programmazione e controllo.

INDICE: PRESENTAZIONE (P.L. SCAPICCHIO, M. TRABUCCHI) - PREMESSA (N. DIRINDIN) - PREFAZIONE (P. MOROSINI) - INTRODUZIONE (C. MUNIZZA, G. DONNA, S. NIEDDU) - PARTE PRIMA: SISTEMI DI FINANZIAMENTO E MODELLI DI MANAGEMENT DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ORGANIZZAZIONE E FINALITÀ DEL DSM (C. MUNIZZA E G. TIBALDI) - I SISTEMI DI FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA (C. MUNIZZA, G. DONNA, S. NIEDDU) - I SISTEMI DI FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PSICHIATRICA: IL MODELLO IN ESSERE E IL DRG PSICHIATRICO (C. MUNIZZA, G. DONNA, S. NIEDDU) - PROCESSI E STRUMENTI DI MANAGEMENT SANITARIO (G. DONNA E A. LO SARDO) - IL QUADRO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI (A. LO SARDO) - LA PROGRAMMAZIONE DELLA GESTIONE (S. NIEDDU) - IL CONTROLLO DELLA GESTIONE: IL REPORTING (S. NIEDDU) - IL CONTROLLO A CONSUNTIVO: LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI E L'MBO (A. LO SARDO E S. NIEDDU) - PARTE SECONDA: LA VALUTAZIONE DEI COSTI E IL FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PSICHIATRICA AMBULATORIALE - LA VALUTAZIONE DEI COSTI DELL'ATTIVITÀ PSICHIATRICA AMBULATORIALE (S. NIEDDU) - IL CAMPIONE E IL PERCORSO METODOLOGICO DELLA RICERCA (S. NIEDDU E P. GARIS) - I RISULTATI DELLA RICERCA: ANALISI CLINICA E DI ATTIVITÀ (C. MUNIZZA, S. NIEDDU, P. GARIS) - I RISULTATI DELLA RICERCA: I COSTI E LE TARIFFE (S. NIEDDU E P. GARIS).

In un contesto in cui la riforma del 1992 ha favorito l'ingresso di una competizione regolamentata tra fornitori pubblici e privati e, con l'introduzione del diritto di scelta, ha costretto a rivedere le vecchie logiche di funzionamento del Ssn, tradizionalmente più attente alle problematiche organizzative interne che alle aspettative degli utenti, diventa cruciale riconsiderare il ruolo della domanda. Si analizzano nel testo i meccanismi di scelta dei pazienti, la cui conoscenza si rivela necessaria non solo ai fini di rispetto del budget, ma anche per la definizione di nuove strategie: per le regioni in tema di regolamentazione e programmazione, per le aziende in tema di organizzazione e gestione delle risorse.

INDICE: INTRODUZIONE - I. LA DOMANDA NEI SERVIZI SANITARI - 1. LA DOMANDA DI SALUTE: IL MODELLO DI GROSSMAN - 2. FATTORI DETERMINANTI PER IL PROCESSO DI SCELTA: UNA TASSONOMIA - 3. LA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI A DUE STADI - II. LA SCELTA DEL FORNITORE DI SERVIZI SANITARI - 1. LA SCELTA DEL FORNITORE DI SERVIZI SANITARI: UN'INTRODUZIONE - 2. IL QUESTIONARIO COME METODO DIRETTO DI RIVELAZIONE DELLE PREFERENZE - 3. SELEZIONE DEL CONSULENTE PRIMARIO E MODELLI «HOSPITAL CHOICE»: UNA BREVE RASSEGNA - III. LA LIBERTÀ DI SCELTA IN TRE DIVERSI CONTESTI ISTITUZIONALI - 1. LA LIBERTÀ DI SCELTA NEL SISTEMA SANITARIO STATUNITENSE - 2. LA LIBERTÀ DI SCELTA NEL SISTEMA SANITARIO BRITANNICO - 3. LIBERA SCELTA E MOBILITÀ SANITARIA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO - IV: PREFERENZE INDIVIDUALI E MOBILITÀ SANITARIA - 1. MODALITÀ DI RICOVERO E SCELTE SANITARIE - 2. SCELTE DEI PAZIENTI E RUOLO DEI PRESCRITTORI: ALCUNE OSSERVAZIONI - 3. LA DECISIONE DI MOBILITÀ SANITARIA COME INDICATORE REPUTAZIONALE - 4. SCELTE DI MOBILITÀ SANITARIA: ALCUNE APPLICAZIONI - V. STRUMENTI FORMALI DI DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI NEL MERCATO DEI SERVIZI SANITARI - 1. I SISTEMI DI CERTIFICAZIONE - 2. STRUMENTI DI COMUNICAZIONE E SEGNALE NEL MERCATO SANITARIO - 3. ASSOCIAZIONISMO SANITARIO: IL RUOLO DEL CONSUMATORE COLLETTIVO.

CRISTINA UGOLINI

Libertà di scelta in sanità

il Mulino, ricerca
Bologna, 1999
pagg. 216, L. 32.000

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

CHAWLA M., PELIS.

The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger

Health Policy and Planning, 15 (1): 76-84, 2000

DRANOVE D., SPIER K.E., BAKER L.

"Competition" among employers offering health insurance

Journal of Health Economics, 19 (1): 121-140, 2000

HALL M.A.

Marketwatch: The Geography Of Health Insurance Regulation

Health Affairs, 19 (2): 173-184, 2000

LE PEN C., BERDEAUX G.

Diagnosis Related Group Costs in Regulated Environment: A Note About Their Economic Interpretation.

PharmacoEconomics, 17 (2): 115-120, 2000

PUIG-JUNOY J.

Managing Risk Selection Incentives in Health Sector Reforms

Health Planning and Management, 14 (4): 287-312, 1999

SCHOEN C., DAVIS K., DESROCHES C., DONELAN K., BLENDON R.

Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey

Health Policy, 51 (2): 67-86, 2000

WALLEY T., BURRIL P.

Generic prescribing: time to regulate the market?

Business Medical Journal, 320 (7228): 131-132, 2000

WALSHE K.

Adverse events in health care: issues in measurement

Quality in Health Care 9 (1): 47-52, 2000

Sistemi di finanziamento

BAZZOLI G.J., DYNAN L., BURNS L.R.

Capitated Contracting of Integrated Health Provider Organizations Inquiry, 36 (4): 426-444, 2000

BRANSCOME J.M., COOPER P.F., SOMMERS J., VISTNES J.

TRENDS: Private Employer-Sponsored Health Insurance: New Estimates By State

Health Affairs, 19 (1): 139-147, 2000

DONG H., BOGG L., REHNBERG C., DIWAN V.

Health Financing Policies: Providers' Opinion and Prescribing Behavior in Rural China

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 15 (4): 686-698, 1999

GEETESH S., HALPIN SCHAUFFLER H., MILLER L.S.

The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services

Health Services Research, 34 (6): 1331-1350, 2000

LEWIN K. ET AL. HEALTH ACCOUNTS TEAM.

TRENDS: Health Spending In 1998: Signal Of Change

Health Affairs, 19 (1): 124-132, 2000

RASK K.N., RASK K.J.

Public insurance substituting for private insurance: new evidence regarding public hospitals, uncompensated care funds, and medicaid. Optimal social health insurance with supplementary private insurance

Journal of Health Economics, 19 (1): 1-32, 2000

RICE N., DIXON P., LLOYD D.C.E.F., ROBERTS D.

Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis

Business Medical Journal, 320 (7230): 284-287, 2000

SAVER B.G., MD, MPH, DOESCHER M.P., MD, MSPH.

To Buy or Not To Buy: Factors Associated With the Purchase of Nongroup, Private Health Insurance
Medical Care, 38 (2): 141-151, 2000.

Economia del farmaco

ANELL A., SVARVAR P.

Pharmacoeconomics and Clinical Practice Guidelines: A survey of Attitudes in Swedish Formulary Committees
PharmacoEconomics, 17 (2): 175-185, 2000

AELLA V.

Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price
Health Policy, 50 (3): 197-218, 2000

BORDURKA-BEVERS D., SUN C.C., GERSHENSON D.M.

Pharmacoeconomic Consideration in Treating Ovarian Cancer
PharmacoEconomics, 17 (2): 133-150; 2000

DANZONI P.M.

Pharmaceutical Benefit Management: An Alternative Approach
Health Affairs, 19 (2): 44-46, 2000

FALKENBERG T., TOMSON G.

The World Bank and pharmaceuticals
Health Policy and Planning, 15 (1): 52-58, 2000

KLEINE J.D.

Just What The HMO Ordered: The Paradox Of Increasing Drug Costs
Health Affairs, 19 (2): 78-91, 2000

MOTHERAL B.J., HENDERSON R.

The Effect of a Closed Formulary on Prescription Drug Use and Costs
Inquiry, 36 (4): 481-490, 2000

Valutazione economica delle attività sanitaria

ANELL A., NORINDER A.

Health outcome measures used in cost-effectiveness studies: a review of original articles published between 1986 and 1996
Health Policy, 51 (2): 87-100, 2000

AOKI FY, FLEMING DM., GRIFFIN AD., LACEY LA., EDMUNDSON S.,
(ON BEHALF OF THE ZANAMIVIR STUDY GROUP)

Impact of Zanamivir Treatment on Productivity, Health Status and Healthcare Resource Use in Patients with Influenza
PharmacoEconomics, 17 (2): 187-195, 2000

ASSMANN S.F., POCOCK S.J., ENOS L.E., KASTEN L.E.

Subgroup analysis and other (mis)uses of baseline data
The Lancet, 355 (9209): 1064-1069, 2000

BALA M.V., ZARKIN G.

Are QUALYs Appropriate Measure for Valuing Morbidity in Acute Diseases?
Health Economics, 9 (2): 177-180, 2000

BECK ET., ET AL.

Use and Cost of Hospital and Community Service Provision for Children with HIV Infection at an English HIV Referral Centre
PharmacoEconomics, 17 (1): 53-69, 2000

BRIGGS A., ALASTAIR G.

Economic notes: Using cost effectiveness information
Business Medical Journal, 320 (7229): 246, 2000

COONS S.J., RAO S., KEININGER DL., HAYS RD.

A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments
PharmacoEconomic, 17 (1): 13-35, 2000

GREEN C., BRAZIER J., DEVERILL M.

Valuing Health-Related Quality of Life: A review of Health State Valuation Techniques
PharmacoEconomics, 17 (2): 151-165, 2000

GRILLI R., MAGRINI N., PENNA A., MURA G., LIBERATI A.

Practice guidelines developed by speciality societies: the need for a critical appraisal
The Lancet, 355 (9198): 103-106, 2000.

HIGA MG.

New Generation Aromatase Inhibitors in Breast Cancer: Weighing Out Potential Costs and Benefits?
PharmacoEconomics, 17 (2): 121-132, 2000

MUKAMEL D.B., PHD, SPECTOR W.D., PHD,

Nursing Home Costs and Risk-Adjusted Outcome Measures of Quality
Medical Care, 38 (1): 78-89, 2000

PEETICREW M., SONG F., WILSON P., WRIGHT K.

Quality-assessed Reviews of Health Care Intervention and Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 15 (4): 671-678, 1999

SAINFORT F., BOOSKE B.C.

Measuring Post-decision Satisfaction
Medical Decision Making, 20 (1): 51-61, 2000

SHORTELL S.M., ET AL.

Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients
Medical Care, 38 (2): 207-217, 2000

TARRICONE R., FATTORE G., GERZELI S., SERRA G., TADDEI C., PERCUDANI M.

The Costs of Pharmacological Treatment for Major Depression: The Italian Prospective Multicentre Observational Incidence-Based Study
PharmacoEconomics, 17 (2): 167-174, 2000

UBEL P.A., RICHARDSON J., MENZEL P.

Societal Value, the Person Trade-off and the Dilemma of Whose Values to Measure for Cost-Effectiveness Analysis
Health Economics, 9 (2): 127-136, 2000

Analisi dei sistemi sanitari

ALMEIDA C., TRAVASSOS., PORTO S., LABRA M.E.

Health Sector Reform in Brazil: A Case Study of Inequity
International Journal of Health Services, 30 (1): 129-162, 2000

BIRN A-E., ZIMMERMAN S., GARFIELD R.

To Decentralize or Not to Decentralize, Is That the Question? Nicaraguan Health Policy under Structural Adjustment in the 1990s
International Journal of Health Services, 30 (1): 111-128, 2000

CILIONE G.

Pubblico e privato nel nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali (in particolare, specialistiche ed ospedaliere)
Sanità Pubblica, 1: 19-86, 2000

COTS F., ELVIRA D., CASTELLS X., DALMAU E.

Medicare's drg-weights in a European environment: the Spanish experience
Health Policy, 51 (1): 31-48, 2000

DAVIES H.T.O., MARSHALL M.N.

UK and US health-care systems: divided by more than a common language
The Lancet, 355 (9201): 336, 2000

GOODWIN N.

Cambiamenti nel ruolo del medico di famiglia nel Servizio sanitario nazionale britannico
Epidemiologia & Prevenzione, 24 (1): 38-43, 2000

HARRISON M.I., CALLTORP J.

The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care
Health Policy, 50 (3): 219-240, 2000

MACIOCCO G.

Il distretto della riforma ter
Prospettive sociali e sanitarie, gennaio: 7-9, 2000

NICOLOSO B.R.

L'esternalizzazione e la liberalizzazione del "sistema farmacia" nei presidi ospedalieri e sul territorio
Sanità Pubblica, 1: 87-98, 2000

RANCI ORTIGOSA E.

La sfida delle riforme
Prospettive sociali e sanitarie, gennaio: 1-2, 2000

RODRÍGUEZ M., SCHEFFLER R.M., AGNEW J.D.

An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?
Health Policy, 51 (2): 109-132, 2000

SANCHEZ BAYLE M.

The Health Care Counter-Reform in Spain
Journal of Public Health Policy, 20 (4): 471-473, 1999

SEGOIN C., THAYER C.

The French Prescription for Health Care Reform
Health Planning and Management, 14 (4): 313-328, 1999

SHEAFF R.

The Development of English Primary Care Group Governance. A Scenario Analysis
Health Planning and Management, 14 (4): 257-268, 1999

STEFANINI A.

Politica dei servizi e politica della salute
Prospettive sociali e sanitarie, febbraio: 1-5, 2000

Programmazione ed organizzazione del lavoro

BRATT J.H., FOREIT J., CHEN P-L., WEST C., JANOWITZ B., DE VERGAS T.

A comparison of four approaches for measuring clinician time use
Health Policy and Planning, 14 (4): 374-381, 2000

PEERYMAN-STARKEY M., ABUSONTEG RIVERS P., MUNCHUS G.

The effects of organizational structure on hospital performance
Health Services Management Research, 12 (4): 232-245, 1999

ROSENBERG M.A., GRIFFITH J.R.

A Management Tool for Controlling the Rate of Non-Acceptable Inpatient Hospital Claims
Inquiry, 36 (4): 461-470, 2000

WEINBERG A., CREED F.

Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff
The Lancet, 355 (9203): 533-537, 2000

Controllo di gestione e sistemi informativi

CHRISTENSEN C., LARSON J.R. JR., ABBOTT A., ARDOLINO A., FRANZ T., PFEIFFER C.

Decision Making of Clinical Teams: Communication Patterns and Diagnostic Error
Medical Decision Making, 20 (1): 45-50, 2000

DAYTON C.S., FERGUSON J.S., HORNICK D.B., PETERSON M.W.

Evaluation of an Internet-based Decision-support System for Applying the ATS/CDC Guidelines for Tuberculosis Preventive Therapy
Medical Decision Making, 20 (1): 1-6, 2000

GOLDS J.

How Will The Internet Change Our Health System?
Health Affairs, 19 (1): 148-156, 2000

LYONS J., KHOT A.

Infopoints: Managing information overload: developing an electronic directory
Business Medical Journal, 320 (7228): 160, 2000

Innovazione tecnologica

BOER A.

Assessment and Regulation of Health Care Technology: The Dutch Experience
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 15 (4): 638-648, 1999

DOYLE Y.G., MCNEILLY R.H.M.

The Diffusion of New Medical Technologies in the Private Sector of the U.K. Health Care System
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 15 (4): 619-628, 1999

PERRY S., THAMER M.

Medical innovation and the critical role of health technology assessment
The Journal of American Medical Association, 282 (19): 1869-1872, 1999

Altro

BRANCH L.G., ET AL.

Rediscovering the Patient's Role in Receiving Health Promotion Services
Medical Care 38 (1): 70-77, 2000

ESPING-ANDERSEN G.

The Sustainability of Welfare States into the Twenty-first Century
International Journal of Health Services, 30 (1): 1-12, 2000

WILLCOCKS S.

Clinical management and cultural diversity: the cultural context of doctor involvement in the managerial process
Health Services Management Research, 12 (4), 1999

AZIENDE SANITARIE E SPERIMENTAZIONI CLINICHE DEI FARMACI DI FASE III

Maria Teresa Scarpa e Marco Ferrazza

La presente bibliografia monotematica si propone di approfondire il tema della collaborazione tra industrie farmaceutiche e aziende sanitarie, nel contesto della sperimentazione farmacologica di fase III su soggetti umani.

In particolare, il materiale raccolto può essere utile per chiarire i problemi relativi a: posizione dell'Azienda ospedaliera in merito all'esecuzione di *trial* clinici; ruolo di tali iniziative in quanto opportunità o minaccia per l'Azienda sanitaria; aspetti organizzativi e gestionali; ricadute sull'attività di diagnosi e cura.

L'analisi di questi argomenti non può prescindere dall'inquadramento della sperimentazione clinica sponsorizzata nel contesto di un'attività ospedaliera, caratterizzata dalla prassi di diagnosi, cura e riabilitazione, né dall'attenta valutazione della compatibilità esistente tra attività sperimentale e piani strategici aziendali.

Il lavoro consta di 2 sezioni, dedicate ad argomenti di carattere propedeutico oltre che di un approfondimento bibliografico di tematiche gestionali.

Obiettivi, disegno sperimentale, conduzione della sperimentazione. I numerosi testi pubblicati sull'argomento sono destinati, per lo più, a epidemiologi, statistici e biologi. Nella prima sezione ne vengono indicati alcuni che, esponendo in modo chiaro e sistematico le varie tappe attraverso le quali viene pianificata ed eseguita una ricerca clinica, rispondono alle esigenze di approfondimento di chi deve programmare, monitorare e valutare, dal punto di vista aziendale, lo svolgimento e i risultati del *trial*.

Aspetti etici e giuridici. Sono connessi all'esigenza di garantire il rispetto dei diritti umani nel contesto sperimentale. Certamente sarebbe preferibile non trovarsi nella necessità di eseguire sperimentazioni sull'uomo, né su altri esseri viventi, ma la ricerca puramente teorica non fornisce ancora informazioni sufficienti alla previsione degli effetti correlabili alla immissione in commercio di nuovi medicinali o la registrazione di indicazioni aggiuntive per quelli già in uso, in considerazione del fatto che alcune informazioni sull'efficacia possono essere ottenute solo dopo aver registrato e analizzato gli effetti della loro somministrazione. Nei casi in cui la sperimentazione clinica sia veramente non sostituibile con altri strumenti conoscitivi, il conflitto tra gli interessi dei soggetti sperimentali e quelli degli utilizzatori a scopo terapeutico del farmaco non è facilmente sanabile. Organismi internazionali e organi istituzionali di vari Paesi hanno affrontato questi problemi e prodotto documenti che danno indicazioni per la conduzione degli esperimenti sull'uomo nella ricerca medica. Nel Codice di Norimberga per la prima volta si dichiara esplicitamente che la sperimentazione non deve avvenire senza il consenso informato e volontario delle persone coinvolte, le quali mantengono il diritto di revocarlo in qualsiasi momento. Vi si afferma anche che occorre garantire la serietà scientifica dello studio e l'incolumità dei partecipanti. La Dichiarazione di Helsinki, che riprende le istanze del Codice di Norimberga, assegna a un Comitato indipendente il compito di valutare, commentare e controllare il protocollo dello

studio, a maggiore garanzia degli interessi dei soggetti sperimentali. Il Belmont Report oltre ad identificare in beneficenza, rispetto per la persona e giustizia i tre principi etici di base ai quali la ricerca medica deve ispirarsi, formula delle linee-guida finalizzate ad agevolare la risoluzione dei problemi etici che possono verificarsi nel corso delle sperimentazioni, un ambito chiaramente distinto da quello della pratica clinica.

Altri problemi particolarmente significativi, di rilevanza etica, affrontati nei testi indicati in bibliografia sono quelli posti dall'arruolamento di persone minori o incapaci e quelli legati alla somministrazione di interventi simulati (placebo) a una parte dei pazienti.

Dal punto di vista più strettamente giuridico vale la pena ricordare che, nel corso di una ricerca clinica, non vengono meno le norme del Codice civile e penale che regolano i rapporti tra il ricercatore, l'Azienda sanitaria e le persone che, a qualunque titolo, vengono sottoposte a trattamenti sanitari: l'approvazione del Comitato etico, condizione necessaria per l'attuazione del protocollo, non esonera in alcun modo dalla responsabilità civile e penale per ogni atto connesso alla ricerca né lo sperimentatore né la struttura presso la quale si svolge l'esperimento.

Normativa nazionale. La normativa fissa linee guida, procedure, adempimenti senza i quali la sperimentazione non può avere luogo. Ha quindi importanti ricadute organizzative di cui è indispensabile tenere conto quando si prendono in esame le offerte di adesione a una sperimentazione sponsorizzata. La materia è trattata sia da decreti specifici sia nel contesto di leggi che regolano l'attività sanitaria, più in generale.

Il quadro normativo attualmente in vigore nel nostro Paese si delinea a partire dal 1992. A quell'anno risale il decreto legislativo 502, che avvia la trasformazione degli enti ospedalieri e delle Unità sanitarie locali in aziende, nell'ambito di un processo di riforma della sanità italiana. Il cambiamento, ribadito dalle successive modificazioni del decreto (D.L.vo 517/93 e, più di recente, D.L.vo 229/99) ha comportato la necessità di ridefinire molti dei ruoli da tempo consolidati nella vita ospedaliera e di arricchire le professionalità presenti in azienda con l'acquisizione di nuove competenze e capacità. Per tutti è diventato fondamentale orientarsi al risultato, inteso come raggiungimento di obiettivi aziendali preventivamente stabiliti. La componente amministrativa ha dovuto superare il tradizionale approccio meramente burocratico ai problemi, per impegnarsi a garantire l'esito delle proprie prestazioni, intese come procedure di supporto all'attività professionale, in un quadro di efficienza dei processi. Alla componente professionale si è invece chiesto di prendere in considerazione anche gli aspetti economici dell'attività sanitaria, valutandone gli effetti e le ricadute sulla vita aziendale. L'evoluzione istituzionale e organizzativa così delineata interessa in modo tutt'altro che marginale la collaborazione con l'industria farmaceutica, perché nell'ambito di una azienda, diversamente da quanto poteva avvenire in un ente, l'adesione a un trial sponsorizzato non può essere considerata un'iniziativa, rilevante solo per lo sperimentatore o per i suoi diretti collaboratori. Anche se il medico sperimentatore rimane in molti casi il referente privilegiato dello *sponsor*, qualunque utilizzo di fattori produttivi deve far capo a una logica complessiva di programmazione delle attività, che tenga conto delle esigenze e delle prospettive aziendali complessive.

Sempre nel 1992, con il recepimento delle direttive europee, viene profondamente rinnovata anche la normativa specifica riguardante la sperimentazione svolta in ambito clinico. Fino a quel momento la registrazione di specialità medicinali (preliminare alla commercializzazione) era subordinata a un giudizio favorevole da parte del Ministero della sanità che, per pronunciarsi, teneva conto della documentazione tecnica prodotta dalla ditta richiedente, comprensiva di dati di laboratorio e di pubblicazioni scientifiche a sostegno dell'efficacia del medicamento. All'Istituto superiore di sanità era affidato il compito di accertare la composizione e la sicurezza dei nuovi prodotti, prima della sperimentazione sull'uomo. Vari decreti e circolari avevano prescritto di procedere con cautela nella sperimentazione delle

specialità medicinali. Il D.M. 28 luglio 1977 (successivamente modificato con D.M. del 25 agosto 1977) e circolari successive imponevano studi tossicologici preliminari alla sperimentazione sull'uomo e ponevano alcuni vincoli in merito ai requisiti delle sedi in cui questa si svolgeva. A livello nazionale leggi, decreti e circolari non scendevano però nel dettaglio rispetto alle modalità di conduzione delle ricerche, mentre la garanzia di correttezza etica era, nella maggioranza delle situazioni, affidata alla responsabilità e alla coscienza dello sperimentatore. Nel D.M. del 27 aprile 1992 viene introdotta, per la prima volta in sede legislativa, una definizione precisa dello studio clinico, delle quattro fasi che lo compongono e delle indicazioni operative per l'avvio e la conduzione delle ricerche. Il decreto rende vincolanti le norme di buona pratica clinica codificate dalla direttiva 91/507/CEE: le ricerche di fase III devono adeguarsi a questi *standard* e le sperimentazioni condotte senza osservarli non sono valide ai fini della presentazione delle domande per l'autorizzazione all'immissione in commercio di nuove specialità medicinali. Il rispetto di buona parte dei principi enunciati dalla Dichiarazione di Helsinki diventa obbligatorio: occorre sempre ottenere il consenso informato dei partecipanti a qualunque tipo di studio sperimentale di fase III e un Comitato etico deve pronunciarsi, preliminarmente all'avvio della sperimentazione, in merito all'idoneità dello sperimentatore e all'adeguatezza del protocollo. Devono essere anche chiaramente definite, e vagliate dal Comitato etico, le modalità di risarcimento in caso di danni riportati da un malato partecipante allo studio, oltre a quelle di remunerazione/compenso per sperimentatori e pazienti

Alcune disposizioni del D.M. 27 aprile 1992 vengono in parte rettifiche dal D.M. del 15 luglio 1997 mentre, tra i D.M. del 1998, risulta particolarmente significativo ai fini della presente trattazione quello del 18 marzo, che fissa le regole di funzionamento e l'ambito di competenza dei Comitati etici locali. Il Comitato etico, definito del D.M. del 18 marzo 1998 come «... organismo indipendente, costituito nell'ambito di una struttura sanitaria o di ricerca scientifica e composto secondo criteri di interdisciplinarietà», viene nominato dall'organo di amministrazione della struttura sanitaria e resta in carica per tre anni. Sulla base della documentazione presentata dai proponenti la ricerca e dopo un attento esame del protocollo, verifica il razionale del progetto e la sua fattibilità, oltre a valutarne gli aspetti etici, con particolare riguardo al consenso informato e all'eventuale uso del placebo. Come previsto anche dal D.M. del 15 luglio 1997 può prendere in considerazione i giudizi espressi in precedenza da altri Comitati a proposito della stessa sperimentazione ma, a fronte di pareri negativi, può solo accettarli o rifiutarli in blocco. Verifica anche la congruità dei compensi erogati dallo *sponsor* e delle coperture assicurative a favore dei soggetti sperimentali. Vigila sulla copertura dei costi, accertando che le spese aggiuntive derivanti dalla sperimentazione non ricadano sull'Azienda sanitaria. Deve pronunciarsi entro sessanta giorni dalla ricezione della domanda e notifica le proprie deliberazioni al richiedente e al Ministero della sanità entro trenta giorni. Anche dopo l'avvio della sperimentazione, ne valuta i rapporti sull'avanzamento

Le varie circolari ministeriali pubblicate tra il 1997 e il 1999 forniscono chiarimenti in merito alla normativa vigente e alle procedure previste dalla legge per l'autorizzazione, il controllo e l'esecuzione delle ricerche cliniche.

Per definire compiutamente il quadro normativo occorre poi ricordare che le Regioni italiane hanno la possibilità di emanare, a integrazione di quelle nazionali e sovranazionali, disposizioni vincolanti sul proprio territorio. Per conoscerle è necessario consultare i Bollettini regionali e/o consultare i siti *internet* delle varie regioni.

Rapporto tra ricerca clinica e servizi sanitari. Il tema può essere affrontato a livelli diversi. Se per servizi sanitari si intende l'ambito dell'attività e della pratica medica si può valutare la ricaduta, reale o potenziale, dei risultati delle ricerche cliniche sul modo in cui si esercita la medicina o si imposta la politica sanitaria. Le sperimentazioni, valutando l'effi-

cazia dei farmaci nella pratica clinica, producono informazioni destinate a influenzare le scelte di chi deve decidere in merito al pagamento delle cure. Da questo punto di vista, quindi, l'argomento ha anche una notevole rilevanza di tipo economico. Se si esamina invece la questione al livello delle singole aziende sanitarie, si prendono in considerazione le implicazioni amministrative, organizzative e gestionali proprie della fase di svolgimento delle ricerche cliniche. Alcuni dei lavori citati evidenziano la discrepanza esistente tra le richieste dell'industria farmaceutica e le prestazioni delle aziende sanitarie: non è sempre possibile conciliare le esigenze del mercato con quelle delle autorità regolatorie, né è facile armonizzare le aspettative dell'industria con i tempi, l'organizzazione e le priorità dell'ospedale. Le difficoltà dovrebbero essere affrontate tenendo presente che la ricerca clinica sponsorizzata può costituire una interessante possibilità di crescita economica e culturale per le singole aziende sanitarie e che, se razionalmente pianificata e condotta correttamente, può produrre risultati che contribuiscono al miglioramento delle conoscenze e della pratica medica. Non bisogna comunque dimenticare che i vincoli e gli adempimenti imposti dalla normativa vigente hanno lo scopo di tutelare il diritto alla salute e all'autodeterminazione di tutte le persone coinvolte nella sperimentazione o nell'uso dei farmaci.

Riferimenti bibliografici relativi agli aspetti tecnici e di metodo

ASSOCIAZIONE ITALIANA PARKINSONIANI

Paziente e trial clinico

Novità AIP, anno V, Dic., n. 4, 2-4, 1995

CESANA B.M., MARUBINI E.

Effetto del trattamento terapeutico

in Di Iorio F. (a cura di): «Elementi di metodologia epidemiologica clinica», Piccin, Padova, 1994, cap. 4°: 122-152

POCOCK S.J.

Clinical Trials. A practical approach

John Willy & Sons Ltd., 1983 (trad. it. «Sperimentazioni cliniche. Un approccio pratico», Centro Scientifico, Torino 1986)

SHAPIRO S.H., LOUIS T.A. (A CURA DI)

Clinical Trials. Issues and Approaches

New York-Basel, ed. Marcel Dekker, inc., 1983

Riferimenti bibliografici relativi agli aspetti etici e giuridici

Codici e documenti redatti da istituzioni

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

(documentazione reperibile in parte anche al sito: <http://www.fastnet.it/utenti/marinelli/bioetica/cnb0.html>)

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI. DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA

I comitati etici, 1992

Informazione e consenso all'atto medico, 1992

La sperimentazione dei farmaci, 1992

Nota sulla sperimentazione e l'impiego di nuove terapie farmacologiche. Risposta al quesito posto dall'IST di Genova in merito al caso Di Bella, 1998

CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO

Codice di deontologia medica

(Capo VIII, artt. 42-47)

(documentazione reperibile anche al sito: <http://www.fnomceo.it/cdeonto.htm>)

WORLD MEDICAL ASSEMBLY

World Medical Association Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects

(Helsinki, 1964; Tokyo, 1975; Venezia, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996)

Publicata in italiano, anche, in: Mordacci R., 1997, pagg. 284-287

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

U.S. Department of health and human services, public health services: *Guideline for the format and content of the human pharmacokinetics and bioavailability section of an application*

1981, 21 Code of Federal Regulation, Prt 56-IRB

CIOMS E OMS

Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects

1982; modif. 1992

Publicata in italiano in: Mordacci R., 1997, pagg. 319-326, e in: *Aggiornamenti Sociali*, n. 45, n. 4 (suppl.), 1994.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (A CURA DI SCUDERI G.)

Raccolta dei principali documenti internazionali sui principi etici della ricerca e dei principali documenti legislativi degli Stati Uniti e della Comunità Europea sulla bioetica

Serie Relazioni, 98/5 ISS, Roma, 1998

Altre pubblicazioni

COMBA P., BOTTI C., SCUDERI G., ROSMINI F.
Problematiche etiche nella ricerca biomedica
Annali dell'Istituto superiore di sanità, n. 2, vol. 34, 1998

BARNI M.
La sperimentazione medica: è necessaria una nuova legislazione
Bioetica, n. 1, 33-40, 1996

BOMPIANI A.
Autonomia e complementarietà del rapporto sponsor-ricercatore: quale ricerca clinica controllata?
Bioetica, n. 1, 41-57, 1996

CASALI P., SANTOSUOSSO A.
Il consenso informato nella sperimentazione clinica
in Santosuosso A. (a cura di): «Il consenso informato», Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996, cap. 6, 169-184

DEL TACCA M. (A CURA DI)
L'etica nella ricerca biomedica
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997

FERRANDI G.
La sperimentazione dei farmaci sull'uomo
Le Scienze, quaderni, n. 88, feb., 87-89, 1996

GERIN G.
La sperimentazione medica: aspetti giuridici ed etici
Bioetica, n. 1, 58-65, 1996

LECALDANO E. (A CURA DI)
Natura, funzione e struttura dei Comitati etici italiani
Bioetica, n. 3, fascicolo tematico, 1998

MORDACCI R.
Bioetica della sperimentazione
Franco Angeli, Milano, 1997

Siti internet

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
<http://www.palazzochigi.it/bioetica/iniziative.html>

BIOETHICS ON LINE SERVICE. ELENCO RISORSE DI BIOETICA IN RETE
<http://www.medfarm.unito.it/bioethics/bioeth1.html>

I COMITATI BIOETICI ITALIANI
<http://www.medfarm.unito.it/bioethics/italy/biortit.html>

CENTRO DI BIOETICA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA
<http://www.uni.net/cdb/>

ELENCO DI RISORSE DI BIOETICA IN RETE (A CURA DEL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELL'UNIVERSITÀ DI BANGOR, GALLES)
<http://www.psych.bangor.ac.uk/deptpsych/Ethics/HumanResearch.html>

CONSULTA DI BIOETICA
<http://www.symbolic.parma.it/bertolin/consulta.htm>

Riferimenti normativi

MINISTERO DELLA SANITÀ
Regolamento per l'esecuzione degli accertamenti della composizione e della innocuità dei prodotti farmaceutici di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull'uomo
Decreto del 28 luglio 1977, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 9 agosto 1977

MINISTERO DELLA SANITÀ
 Rettifiche al decreto ministeriale 28 luglio 1977 concernente il regolamento per l'esecuzione degli accertamenti della composizione e della innocuità dei prodotti farmaceutici di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull'uomo
Decreto del 25 agosto 1977, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 238 del 1° settembre 1977

MINISTERO DELLA SANITÀ
Avviso ai richiedenti di un'autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali negli Stati membri della Comunità europea
Decreto del 19 maggio 1989, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 17 agosto 1989

CEE
Good clinical practice for trials on medicinal products in the European Community
Direttiva Cee, n. 91/507 del 19 luglio 1991, pubblicata in: G.U.C.E. n. L270 del 26 settembre 1991 e in Gazzetta Ufficiale n. 91 del 25 novembre 1991

MINISTERO DELLA SANITÀ
Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE
Decreto del 27 aprile 1992, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 15 giugno 1992

- CEE
Regolamento n. 2309/93 del Consiglio del 22 luglio 1993, che stabilisce le procedure comunitarie per l'autorizzazione e la vigilanza dei medicinali per uso umano e veterinario e che istituisce un'Agenzia europea di valutazione dei medicinali
Regolamento Cee n. 2309/93 del 22 luglio 1993, pubblicato in G.U.C.E. n. L214 del 24 agosto 1993 e sulla Gazzetta Ufficiale n. 79 del 7 ottobre 1993
- DECRETO LEGISLATIVO N. 230 DEL 17 MARZO 1995
Attuazione delle direttive EURATOM 80/836, 84/467, 84/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti
Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 136 del 13 giugno 1995
- DECRETO LEGISLATIVO N. 44 DEL 18 FEBBRAIO 1997
Attuazione della direttiva 93/00/CEE, che modifica le direttive 65/65/CEE, 75/318/CEE e 75/319/CEE relative ai medicinali
Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 54 del 6 marzo 1997 (a parziale modifica/integrazione del decreto legislativo n. 178 del 29 maggio 1991, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 15 giugno 1991)
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Sperimentazione clinica dei medicinali
Circolare n. 8 del 10 luglio 1997, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 168 del 21 luglio 1997
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Recepimento delle linee guida dell'U.E. di Buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali
Decreto del 15 luglio 1997, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1997
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Modalità per l'esenzione degli accertamenti, di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 754 del 21 settembre 1994, sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche
Decreto del 18 marzo 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28 maggio 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici
Decreto del 18 marzo 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28 maggio 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Riconoscimento della idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali
Decreto del 19 marzo 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28 maggio 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Integrazione al decreto 18 marzo 1998: Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche
Decreto del 15 settembre 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 222 del 23 settembre 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Integrazioni al decreto 19 marzo 1998: Riconoscimento della idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali
Decreto del 7 ottobre 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Istituzione, compiti e composizione del Comitato etico nazionale per le sperimentazioni cliniche dei medicinali
Decreto del 6 novembre 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 10 del 14 gennaio 1999
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Chiarimenti sui decreti ministeriali 18 marzo 1998 e 19 marzo 1998 pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 123 del 28 maggio 1998
Circolare n. 6 del 8 aprile 1999, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 1999
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Integrazioni al decreto ministeriale 18 marzo 1998 recante: «Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche» e al decreto ministeriale 19 marzo 1998 recante: «Riconoscimento della idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali»
Decreto del 13 maggio 1999, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 174 del 27 luglio 1999
- DECRETO LEGISLATIVO N. 229 DEL 19 GIUGNO 1999
Norme per la razionalizzazione del S.S.N.
Pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 (a parziale modifica/integrazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93)
- MINISTERO DELLA SANITÀ
Irregolarità nelle procedure autorizzative e nella esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali
Circolare del 12 ottobre 1999, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 255 del 29 ottobre 1999
- Siti Internet**
- MINISTERO DELLA SANITÀ
<http://www.sanita.interbusiness.it>
- SULLA RICERCA SANITARIA IN ITALIA
<http://www.sanita.interbusiness.it/rsi>

SUI FARMACI

<http://www.sanita.interbusiness.it/farmaci/>

SULLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

<http://www.sanita.interbusiness.it/farmaci/sperclin/sperclin.htm>

LEGGI E DECRETI

<http://www.sanita.interbusiness.it/farmaci/sperclin/norma.htm>

ELENCO LINK AMMINISTRAZIONI REGIONALI E PROVINCE AUTONOME

http://www.sanita.interbusiness.it/sanita/ita_reg.htm

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

<http://www.iss.it>

INDICI DELLE LEGGI DELLA XIII LEGISLATURA

<http://www.senato.it/parlam/leggi/home.htm>

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

<http://www.fnomceo.it>

FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COMITATI DI ETICA

<http://www.unich.it/fnace/>

LEGGI E DECRETI IN TEMA DI COMITATI ETICI

<http://www.unich.it/fnace/legale.htm>

THE EUROPEAN AGENCY FOR THE EVALUATION OF MEDICINAL PRODUCTS

http://www.eudra.org/en_home.htm

DIRITTO & DIRITTI. RIVISTA GIURIDICA ON LINE

<http://www.diritto.it/>

EUR LEX NORMATIVA VIGENTE NELL'UNIONE EUROPEA

<http://europa.eu.int/eur-lex/it/index.html>

Riferimenti bibliografici relativi ad aspetti economici, gestionali e organizzativi dell'attività di ricerca clinica controllata

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT

The impact of randomized clinical trials on health policy and medical practice

Congress of the United States, Washington, 1983

BIANCHI L., BIANCHI W., DEL MASTRO S.

Collaborazione industria-università nella ricerca clinica

Cronache Farmaceutiche, anno XXXVIII, n. 4, luglio-agosto, 205-210, 1995

FREZZA L.

Alla ricerca del farmaco. R&S farmaceutica: ricercatori, processi, management e tendenze

Il Sole 24ore libri, Milano, 1997

MACBETH F., STEPHENS R.

Marketing clinical trials

The Lancet, vol. 348, July 13, 111-112, 1996

NAYDECK B.L. ET AL.

Organizational Structure and Communication Strategies of the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation: A Multicenter Clinical Trial

Controlled Clinical Trials 17, 226-234, 1996

SCARPA M.T., FERAZZA M.

Sperimentazioni cliniche in ambito ospedaliero: un'analisi organizzativa e gestionale

Mecosan, 1998, n. 28, 131-142

Siti Internet

WHO-OMS WORLD HEALTH ORGANIZATION

<http://www.who.int/>